

Arbeitshilfe

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

2., aktualisierte Auflage, 29.01.2026

© 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 vorliegenden Arbeitshilfe werden Wege aufgezeigt, wie die für die datengestützte Qualitätssicherung (QS¹) zu liefernden Daten für die interne Qualitätsentwicklung nutzbar gemacht werden können. Damit 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-Zyklus¹ 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 ist 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 klinischen Risikomanagements erfüllt die Vorgaben aus den Richtlinien¹ 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

The use of data-based quality assurance for the continuous improvement of internal quality and clinical risk management meets the guideline¹ requirements, and also offers the potential to improve patient safety. This paper shows possible options for action that equally support quality processes and improvement measures, in the sense of the PDCA cycle.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



2. Wie können behandlungsbegleitende Kodierung und externe Qualitätssicherung das interne Qualitätsmanagement verbessern?

2.1 Ausgangssituation und Fragestellung

Die Kodierung des Patientenfalles und die Bearbeitung der QS-Module sollten zeitlich und inhaltlich miteinander verzahnt werden. Nur so kann die Kongruenz der Fälle im Hinblick auf Kodierung sowie Behandlungsdokumentation und QS-Dokumentation gewährleistet werden. Unnötige Auffälligkeiten von Indikatoren können frühzeitig erkannt, analysiert und in der Folge vermieden werden, indem präventive Maßnahmen ergriffen werden.

Die abrechnungsrelevante, vollständige Kodierung unterliegt häufig hausinternen liquiditätsgesteuerten Fristen zwischen Entlassung und Rechnungsstellung.

Die Herausforderung liegt dabei sowohl in der zeitlichen als auch in der inhaltlichen Synchronisation. Ziel ist dabei die Übereinstimmung der Dokumentation in Patientenakte, Kodierung und QS. Dazu bedarf es einer interprofessionellen Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren: Medizincontrollern, Kodierfachkräften, Ärzten, Pflegefachpersonen, Abrechnungs- und QS-Mitarbeitern. Dies ist von besonderer Bedeutung, da die Falldaten und die Kodierung auch für die QS-Dokumentation und in der Folge für die Ermittlung von Qualitätsindikatoren genutzt werden.

Es ist mittlerweile auch deswegen von essentieller Bedeutung, da seit der Umsetzung des MDK-Reformgesetzes Rechnungen nicht mehr nachträglich korrigiert werden dürfen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass zwingend eine inhaltliche Richtigkeit seitens Kodierung und Qualitätssicherungsdokumentation vor der Abrechnung sichergestellt werden müssen, um sowohl Auffälligkeiten in der Qualitätssicherung als auch Erlösverluste zu vermeiden.

2.2 Auslöser für die Fragestellung

Seit 2019 ist die neue G-BA-Richtlinie zur datengestützten Qualitätssicherung in Kraft. Eine Anpassung der Prozesse rund um die QS ist erforderlich, um diese Regelungen effizient umzusetzen.

In Abbildung 1 ist die Verzahnung der Prozesse zur Rechnungsstellung mit den Prozessen zur datengestützten Qualitätssicherung dargestellt.



Abbildung 1: Zusammenwirken der Prozesse

Aus den Gesetzesanpassungen in Bezug auf den Medizinischen Dienst (MD) ergeben sich ebenfalls geänderte Rahmenbedingungen in der Dokumentation und Abrechnung.

Hier ein Überblick zu einigen besonders relevanten Regelungen:

Dimension Datenvalidierung

1. DeQS-RL (datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungs-RL)
 - a) Datenvalidierung: Vollständigkeit, Vollzähligkeit, Plausibilität
2. MD-QK-RL (Richtlinie zu Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst):
 - a) Routine- und turnusmäßige Datenabgleiche in Bezug auf Implausibilitäten und Qualitätsmängel
 - b) Datenabgleich im Zuge von Kontrollen des MD auf Basis folgender Anhaltspunkte:
 - i) Hinweise auf Dokumentationsmängel in der datengestützten Qualitätssicherung, die sich

- aus Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten oder auf der Grundlage publizierter Informationen über das Krankenhaus ergeben,
- ii) Unstimmigkeiten zwischen den Angaben in Teil C1 und weiteren Teilen des Qualitätsberichtes gemäß § 136, §136a und §136b SGB V,
- iii) Unstimmigkeiten zwischen einrichtungsbezogen veröffentlichten Ergebnissen der datengestützten Qualitätssicherung und von im Rahmen der Abrechnung oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen.

Dimension Abrechnungskorrektur

Neben den vielfältigen Möglichkeiten der nachträglichen Kontrolle durch beauftragte Stellen ist von zentraler Bedeutung für die Prozesse, dass mit der neuen PrüfvV seit 2022 eine Rechnungskorrektur ausgeschlossen ist. Die Abrechnung darf also nur einmal gestellt werden – alle relevanten Daten müssen korrekt erhoben und dokumentiert sowie zur Gesamtdokumentation synchron sein. Daraus ergibt sich eine direkte Kopplung der Falldokumentation – mit hoher Relevanz für die Liquidität. Diese wird gesichert durch:

1. eine korrekte und vollständige Dokumentation durch das Behandlungsteam
2. eine zeitnahe Abschlussdokumentation durch den behandelnden Arzt
3. eine korrekte, rechtssichere Rechnungsstellung durch die Krankenhausverwaltung
4. eine zeitnahe Abrechnung mit den Krankenkassen

Die internen Prozesse sollten in regelmäßigen Abständen auf die Erfüllung dieser gesetzlichen Anforderungen überprüft werden (z. B. Audit). Standardisierte Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen optimieren die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure: Medizincontrollern, Ärzten, Pflegefachpersonen, Abrechnungsmitarbeitern und QS-Beauftragten.

2.4 Wer und was sind beteiligt?

Die Rahmenbedingungen erfordern eine behandlungsbegleitende Kodierung und Qualitätssicherung. Darunter ist zu verstehen, dass relevante Parameter für die Abrechnung (Diagnosen, Prozeduren, Verlegungen, Beatmungsdauern u. a.) ab der Aufnahme in der gewählten IT-Umgebung der Einrichtung (Krankenhausinformationssystem – KIS) erhoben werden. Desgleichen soll in einer Rückkopplungsschleife die Falldokumentation aus den unterschiedlichen Anamnese-, Untersuchungs-, Operations- und Befunddokumentationen fortlaufend

für die Kodierung und die Qualitätssicherung genutzt werden. Eine behandlungsbegleitende Kodierung und Qualitätssicherung kann – neben einem personenzentrierten Ansatz – auch IT-gestützt mit geeigneten Lösungen flankiert, unterstützt und in Teilen ggf. sogar automatisiert werden.

Vor der gesetzlichen Änderung der o.g. Rahmenbedingungen wurden die QS-Bögen vor der quartalsweisen Übermittlung an die Datenannahmestelle abschließend ausgefüllt. Ergab die Bearbeitung der QS-Bögen, dass eine Aktualisierung der Kodierung notwendig war, dann konnte die Abrechnung mit der Krankenkasse storniert werden. Es erfolgte eine erneute Rechnungsstellung.

Seit Inkrafttreten der aktualisierten PrüfvV am 01.01.2022 ist eine korrigierte Rechnungsstellung nicht mehr möglich. Somit wird die Prozessumstellung auf eine begleitende Kodierung inklusive QS-Dokumentation unumgänglich.

Im Folgenden werden die Aktivitäten für die erforderliche Verzahnung des Prozesses der Rechnungsstellung mit den Prozessen im Kontext der datengestützten Qualitätssicherung und der MD-QK-Richtlinie beschrieben.

Die Übersicht (Tabelle 1) zeigt die im verzahnten Prozess verantwortlichen Akteure mit ihren Aufgaben.

Tabelle 1: Aufgaben und Prozessbeteiligte

Aufgabe	Zuständig
Dokumentation des Behandlungsverlaufes in Patientenakte und KIS (Primärdokumentation)	behandelnder bzw. behandlungsführender Arzt, Pflegefachperson
Ausfüllen der QS-Bögen	Modulverantwortlicher Arzt/Pflegefachperson (MV)
Prozessbegleitendes Monitoring der unterjährigen Ergebnisse	QM-/QS-Mitarbeiter
Fallbegleitende Hinweise auf Inkongruenzen, dann Abgleich QS-Bogen mit Primärdokumentation und ICD- & OPS-Kodierung	Modulverantwortlicher Arzt/Pflegefachperson (MV), QM/QS und Medizincontrolling
Versand der QS-Bögen an die Datenannahmestelle	QM-/QS-Mitarbeiter, ggf. IT

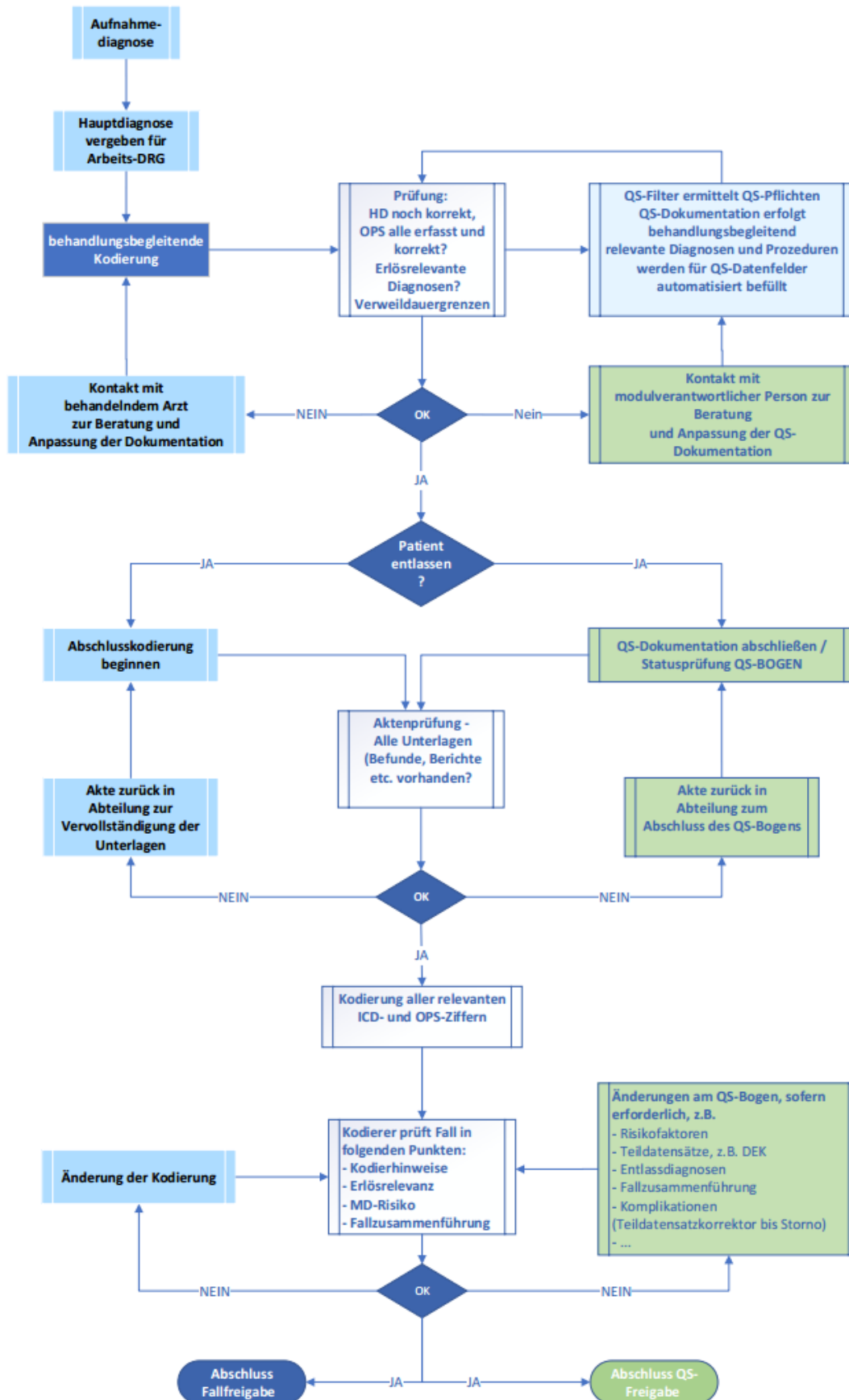


Abbildung 2: Prozess der fallbegleitenden Kodierung

Der an die geltenden Regelungen angepasste Prozess führt zu einer abgestimmten und effektiven Zusammenarbeit zwischen dem Modulverantwortlichen (MV; Arzt oder Pflegefachperson und Mitarbeitern aus Medizincontrolling, QS und QM.

Die Datenqualität wird mit dieser Verzahnung der Prozesse abgesichert. Es werden dadurch das Auslösen unnötiger QS-Dokumentationspflichten, rechnerische Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren und in der Folge Stellungnahmen aufgrund fehlerhafter QS-Dokumentation vermieden.

2.5 Maßnahmen und Prozesse

Fallkodierung bei einmaliger Rechnungsstellung

Abbildung 2 zeigt im Detail die Schritte auf, mit denen die oben dargestellten Aufgaben (Tabelle 1) in einer sinnvollen Reihenfolge als Prozesskette verzahnt werden können. Die Grafik kann auch im Sinne eines Auditinstrumentes zur Überprüfung der bereits bestehenden Prozesse genutzt werden.

2.6 Überwachung, Monitoring und Bewertung

Für ein erfolgreiches Monitoring der QS-Daten werden folgende Schritte empfohlen:

1. mindestens monatlich stattfindende Indikatorenauswertungen vor Versand der QS-Bögen an die Datenannahmestelle sowie Prüfung und ggf. Korrektur bei:
 - a) Vollständigkeit der einzelnen QS-Dokumentation
 - b) rechnerischer Auffälligkeit auf der Ebene von Indikatoren und Kennzahlen
 - c) Inkongruenzen zwischen Patientenakte, Kodierung und QS-Dokumentation
2. kontinuierlicher Abgleich der QS-Dokumentation auf Vollständigkeit, auch unter Berücksichtigung des Export- und Bestätigungsstatus
3. unterjährige Sollstatistiken
4. Risikostatistik, insbesondere für die jahresabschlussbezogenen Datenübermittlungen
5. Ableitung von qualitätssichernden Verbesserungsschritten (Maßnahmen)
(→Kapitel 2.2. und 2.3.)



3. Monitoring der Qualitätsindikatoren (datengestützte QS und QI anderer Quellen)

Die laufende Überwachung von Kennzahlwerten ausgewählter Qualitätsindikatoren wird in diesem Dokument als Monitoring bezeichnet. Dabei greift das Monitoring sowohl auf geeignete Werkzeuge als auch Methoden zurück.

Ziel ist es, Abweichungen der Kennzahlen von den Zielwerten möglichst früh zu erkennen und intern darauf zu reagieren. Darüber hinaus können so z. B. Stellungnahmeverfahren vermieden werden. Abweichungen können die Nichteinhaltung von extern gesetzten Referenzbereichen oder das Nicht-Erreichen selbstgesetzter, interner Ziele sein.

Dabei können auch Qualitätsindikatoren, deren Daten aus unterschiedlichen Quellen stammen, aber das gleiche Qualitätsmerkmal abbilden, untereinander abgeglichen werden (sogenannter Cross-Check).

Das Monitoring kann modul- oder fachabteilungsbezogen erfolgen und alle oder eine Auswahl von priorisierten Qualitätsindikatoren betrachten.

3.1 Frage- und Problemstellung

Die Qualitätsdaten der datengestützten Qualitätssicherung und aus weiteren Quellen (z. B. Abrechnungsdaten oder Registerdaten) stehen zur Verfügung. Diese Daten werden in ein Monitoring-System importiert und verarbeitet. Ziel des Monitorings ist ein Reporting der Kennzahlwerte an die modulverantwortlichen Personen im ärztlichen Dienst, im pflegerischen Dienst und in der Verwaltung/im Medizincontrolling. Abweichungen der Qualitätsindikatoren bzw. der Kennzahlwerten von den externen Referenzbereichen oder von internen Zielbereichen stehen im Vordergrund.

Bei der Analyse von Abweichungen kann man sich an folgenden Aspekten orientieren:

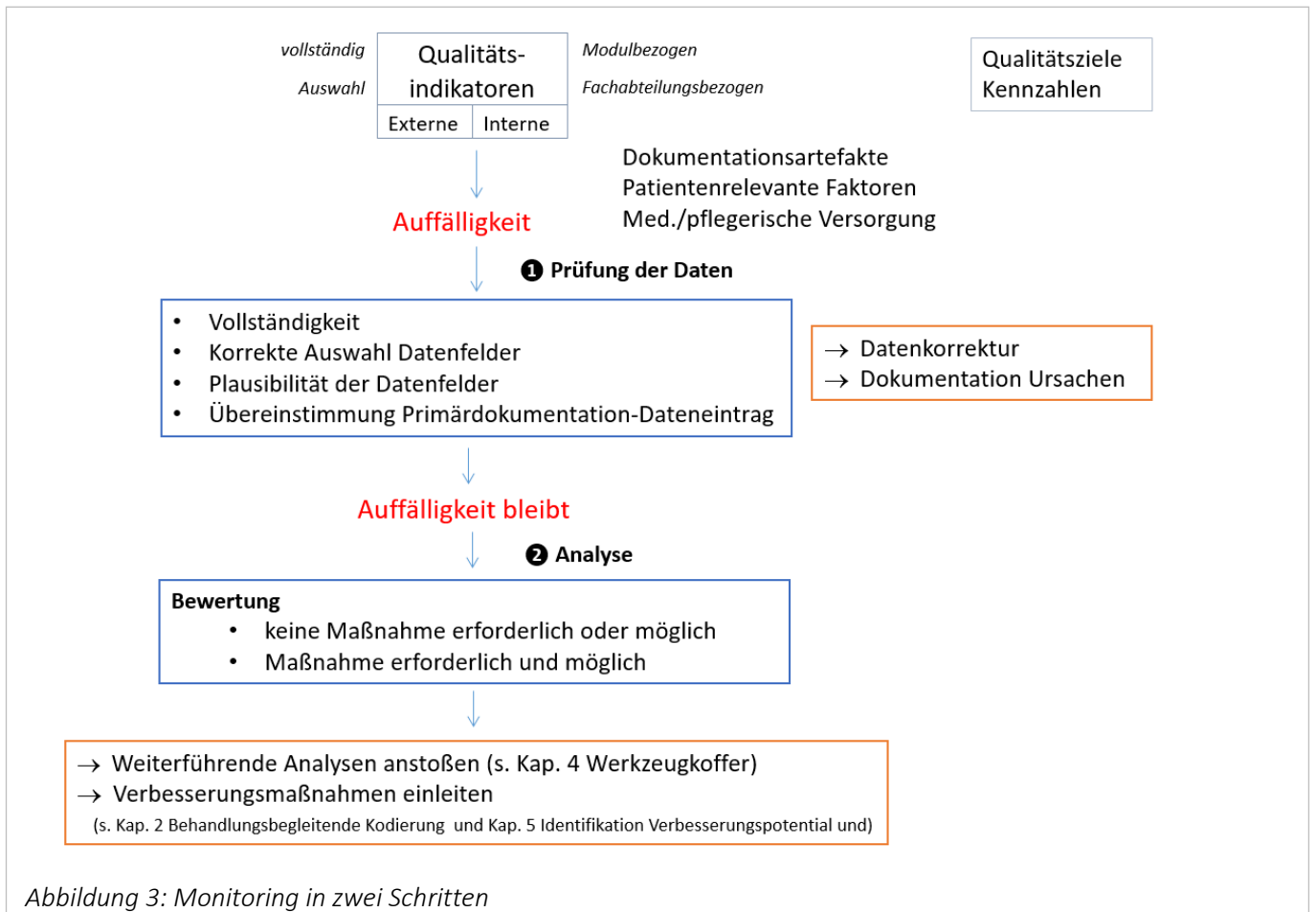


Abbildung 3: Monitoring in zwei Schritten

- Ursachen in medizinischer oder pflegerischer Versorgung
- Patientenrelevante Faktoren
- Dokumentationsartefakte

Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Das behandlungsbegleitende Monitoring von Kennzahlwerten ermöglicht ein zeitnahes Reagieren auf Auffälligkeiten und unterstützt den klinikinternen Lern- und Verbesserungsprozess.

3.2 Wer ist beteiligt?

In den Monitoring-Prozess werden QS-Verantwortliche, modulverantwortliche Personen im ärztlichen oder pflegerischen Dienst sowie Dokumentationsassistenten, Medizincontroller und Kodierfachkräfte aktiv einbezogen.

3.3 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Das Monitoring ermöglicht eine zeitnahe Überwachung von Qualitätsindikatoren zur Korrektur von erfolgten Dokumentationsfehlern sowie ihre Vermeidung in der Zukunft (z. B. fehlende Daten, nicht erfasste Befunde oder Übertragungsfehler aus der Primärdokumentation). Außerdem kann die Verbesserung von Indikatorergebnissen initiiert werden.

Bei auffälligen Indikatorergebnissen können weiterführende Analysen (z. B. Fallbesprechungen, M&M-Konferenzen oder Einzelfall-Aktenanalysen) angestoßen und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden, die zu einer hohen Behandlungsqualität beitragen.

3.4 Maßnahmen und Prozess

Der auffällige Qualitätsindikator zieht eine Prüfung nach sich, die folgende Aufgaben umfasst:

1. Prüfung der relevanten Daten auffälliger Fälle auf
 - a) Vollständigkeit bei der Erfassung
 - b) Wahl der zutreffenden Antwortmöglichkeit bei QS-Daten
 - c) wechselseitige Plausibilität von Datenfeldern
 - d) Übereinstimmung mit der Primärdokumentation
 - Wenn fehlerhaft dokumentiert wurde, sind die Daten zu korrigieren.
 - Wenn richtig dokumentiert wurde, empfiehlt es sich, die Ursache für die Auffälligkeit zu dokumentieren. Diese kann zur Kommunikation und Analyse, sowohl intern als auch im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens bei der datengestützten Qualitätssicherung genutzt werden.

2. Bleibt der Indikator auffällig, folgt eine Bewertung mit folgenden möglichen Ergebnissen
 - a) keine Maßnahme erforderlich oder möglich
 - b) Maßnahme erforderlich und möglich:
 - i) weiterführende Analysen (z. B. Fallbesprechungen, M&M-Konferenzen, Einzelfall-Aktenanalysen) anstoßen
 - ii) Verbesserungsmaßnahmen einleiten
 - iii) für beides festlegen: Verantwortlichkeit und Frist

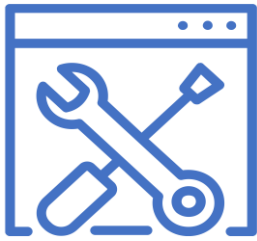
In den beiden Kapiteln 2 „behandlungsbegleitende Kodierung und QS-Dokumentation“ und 4 „Werkzeugkoffer“ sind weitere Maßnahmen und Analysen dargestellt.

Überwachung, Monitoring und Bewertung

Die Wirksamkeit des Monitorings sollte regelmäßig überprüft werden. Dabei gilt es folgende Fragen zu beantworten:

- Wird das Monitoring der Qualitätsindikatoren wie geplant durchgeführt?
- Wird der Prozess des Monitorings mit der Datenanalyse und der Maßnahmenableitung gelebt?
- Werden die Ziele erreicht?

Der Prozess des Monitorings im Rahmen der Erfassung von Qualitätssicherungsdaten kann analog auch zum Monitoring der Registerdatenerfassung genutzt werden.



4. Werkzeugkoffer: Instrumente zur Analyse von Auffälligkeiten und zur Qualitätsentwicklung

4.1 Frage- und Problemstellung

Die Qualitätsindikatoren der datengestützten Qualitätssicherung und aus weiteren Quellen (z. B. Abrechnungsdaten und Registerdaten) werden einem kontinuierlichen, verfahrens- und modulbezogenen Monitoring unterzogen (siehe Kapitel 3).

Wie ist das Vorgehen, wenn Qualitätsindikatoren identifiziert werden, die vom Referenz- bzw. Zielbereich abweichen?

Rechnerisch auffällige Ergebnisse werden an die modulverantwortlichen Personen (Ärzte und Pflegefachpersonen) berichtet (Reporting). Die modulverantwortliche Person führt die Primärsichtung des Patientenfalles durch. Es werden Sentinel-Events und Anhaltspunkte für eine qualitative Auffälligkeit festgestellt.

Ein Sentinel-Event stellt ein sehr seltenes und schwerwiegendes medizinisches Ereignis dar (z. B. Todesfall während eines Routineeingriffes). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indikator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.

Die modulverantwortliche Person (Ärzte/Pflegefachpersonen) analysiert die jeweilige Patientenakte in Bezug auf Optimierungspotentiale im Behandlungsprozess (Kapitel 5 Identifikation von Verbesserungspotential).

Die Ergebnisse der Analyse werden dem internen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) zugeführt.

4.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Der § 135a Abs. 2 SGB V verpflichtet die Einrichtungen zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Im Rahmen von Zentrumszertifizierungen sind Anforderungen zu erfüllen, welche häufig ebenfalls auf Daten der DeQS oder Registerdaten basieren.

Weiterhin ist die Teilnahme an weiterführenden qualitätssichernden Maßnahmen auf Basis von Abrechnungsdaten möglich; diese beruht jedoch auf einer Entscheidung der Klinikführung und ist grundsätzlich freiwillig.

Bindende Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind:

Einerseits soll die Initiierung eines Qualitätsportals die Transparenz weiter fördern. Andererseits werden Qualitätsergebnisse bereits jetzt öffentlich gemacht und sind im Internet abrufbar. Dazu zählen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, der Bundes-Klinik-Atlas, die Aufbereitung in regionalen Portalen und Printmedien.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse medizinischer Qualität beeinflusst die Außendarstellung der Krankenhäuser wesentlich. Aus diesem Grund ist es für die Krankenhäuser besonders wichtig, ein kontinuierliches Monitoring von Qualitätsindikatoren und Methoden und Instrumente zur Qualitätsförderung zu etablieren.

4.3 Wer und was ist beteiligt?

Zusätzlich zu den bereits genannten Akteuren (QS-Verantwortliche, QM-Beauftragte, modulverantwortliche Person, Medizincontrolling) ist die Leitungsebene zu beteiligen: Chefärzte, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Leitung Medizincontrolling, Geschäftsführung.

4.4 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Grundlegende Zielausrichtung ist es, aus Auffälligkeiten in der Behandlungsqualität zu lernen und einen Qualitätsverbesserungsprozess zu initiieren und aufrecht zu erhalten.

Bei auffälligen Indikatorergebnissen wird der Qualitätsverbesserungsprozess angestoßen, indem Aktivitäten mit dem Ziel ergriffen werden, die Behandlungsqualität zu verbessern sowie Behandlungsrisiken zu erkennen und zu minimieren.

Mittels konkreter Zielvereinbarungen kann dieser Prozess intern formalisiert und abgesichert werden.

4.5 Maßnahme und Prozess

Aktenanalyse mit medizinisch inhaltlichem Fokus

Allen Settings und Arten der Aufarbeitung aggregierter

medizinischer Qualitätsergebnisse liegt eine Form der Aktenanalyse anhand einer definierten Anzahl ausgewählter Fälle zugrunde. Der allgemeine Rahmenprozess der Aufarbeitung stellt sich wie folgt dar:

Der auffällige Qualitätsindikator fungiert als Aufgreifkriterium im Kontext der Aktenanalysen und wird an den inhaltlich verantwortlichen/modulverantwortlichen Mitarbeiter zur Durchführung einer weiterführenden vertiefenden Analyse weitergeleitet.

Nach Identifikation des zugrundeliegenden Patientenfalles und Bereitstellen der Patientenakte erfolgt die Aktenanalyse nach einem festgelegten, strukturierten Verfahren. Dies kann anhand einer internen Checkliste nach definierten Kriterien erfolgen.

Bei der Aktenanalyse handelt es sich um die retrospektive Aufarbeitung der gesamten Patientenakte durch einen verantwortlichen Arzt oder eine verantwortliche Pflegefachperson.

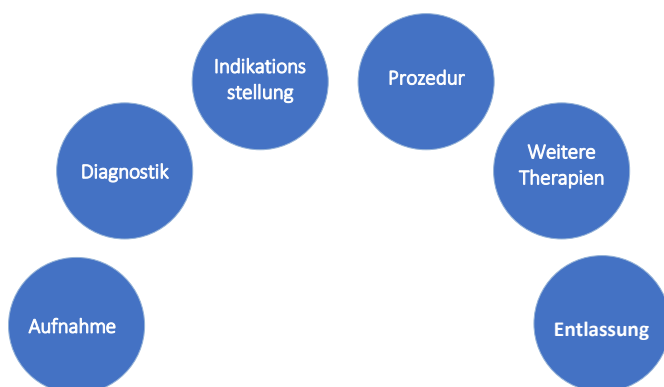


Abbildung 4: Checkpoints im Behandlungsverlauf

Der zunächst als Aufgreifkriterium fungierende Qualitätsindikator selbst tritt bei der weiteren Analyse in den Hintergrund. Der Blickwinkel wird nun auf den gesamten Behandlungsverlauf des identifizierten Patientenfalles ausgeweitet. Die gesamte Patientenbehandlung wird auf Basis der Dokumentation in der Patientenakte einer systematischen Analyse unterzogen. Diese beginnt entsprechend der chronologischen Abfolge mit der Aufnahme und endet mit der Entlassung des Patienten.

Alle in der detaillierten Analyse identifizierten Verbesserungspotentiale werden im Rahmen des Verbesserungsprozesses im Team entsprechend aufgearbeitet (PDCA-Zyklus). Verbesserungspotentiale, abgeleitete Ziele und Maßnahmen werden schriftlich dokumentiert. Verantwortlichkeiten und Zeitfenster für die Umsetzung der Maßnahmen werden festgelegt.

Die Maßnahmenumsetzung wird nachverfolgt, deren Erfolg bewertet und schriftlich festgehalten.

Es werden folgende Formen der Aktenanalyse unterschieden:

a) Einzelfall-Aktenanalyse

Die Einzelfall-Aktenanalyse wird eingesetzt, um Auffälligkeiten in einem einzigen Fall zu analysieren. Sie ist von der detaillierten und strukturierten sog. „Fallanalyse“, wie sie im klinischen Risikomanagement zur Ursachenanalyse fehlerhafter Prozesse eingesetzt wird, zu unterscheiden. Die Einzelfall-Aktenanalyse wird auch in Vorbereitung einer M&M-Konferenz oder eines Peer Reviews eingesetzt.

Sie erfolgt in Form einer retrospektiven Sichtung der gesamten Patientenakte. Die Dauer der Einzelfall-Aktenanalyse hängt von der Schwere der Erkrankung, der Verweildauer und dem Umfang der Patientenakte ab.

Anlass zur Analyse können Fälle mit folgenden Auffälligkeiten/Kriterien sein:

- Todesfälle
- unerwarteter Heilungsverlauf (z. B. Komplikation, Zwischenfälle)
- Patientenfälle mit auffälligen Aufgreifkriterien
- Sentinel-Events
- Ansprüche Dritter

Der verantwortliche ärztliche oder pflegerische Mitarbeiter führt die Einzelfall-Aktenanalysen durch. Dies erfolgt entweder unmittelbar nach Entlassung oder nach Tod des Patienten oder anlassbezogen später z. B. bei Identifikation eines einzelnen Falles im Zuge von auffälligen Auswertungen (aus Abrechnungsdaten, datengestützten QS-Aktivitäten etc.).

Die bei der Analyse identifizierten Verbesserungspotentiale werden anschließend im ärztlichen und pflegerischen Team diskutiert.

Werden Maßnahmen abgeleitet, sind diese zu protokollieren und ihre Umsetzung nachzuverfolgen. Der abgeleitete Maßnahmenplan wird unter Anonymisierung der Patientendaten geführt und aufbewahrt.

b) Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen)

Eine M&M-Konferenz wird durchgeführt, um an Fällen der eigenen Einrichtung gemeinsam im Team zu lernen. Ziel ist einerseits das individuelle Lernen der Teilnehmer und andererseits die konkrete Verbesserung von Strukturen und Prozessen in der Einrichtung. (vgl. [1], S. 12).

Anlass zur Analyse im Rahmen einer M&M-Konferenz geben folgende Auffälligkeiten, die bei einem oder mehreren Patienten während des Behandlungsprozesses oder nach Behandlungsabschluss auftreten können:

- Todesfälle,
- unerwarteter Heilungsverlauf (z. B. Komplikation, Zwischenfälle),
- Patientenfälle mit auffälligen Aufgreifkriterien
- Sentinel-Events

Aus den gesichteten Akten werden von einem Mitarbeiter der ärztlichen oder pflegerischen Leitung die Fälle mit besonders gravierenden/interessierenden Ereignissen ausgewählt und dem Organisator für die M&M-Konferenz vorgeschlagen.

M&M-Konferenzen werden meist krankenhausintern in regelmäßigen Zeitintervallen durchgeführt. Dabei sind Vorbereitung, Organisation, Ablauf und Moderation einer M&M-Konferenz standardisiert festgelegt. Die Verantwortlichkeiten für alle Aufgaben sind benannt, z. B. die Rollen für den Ärztlichen Direktor oder für Mitarbeiter in ärztlicher oder pflegerischer Leitungsfunktion.

Die in der Konferenz als Analyseergebnis gemeinsam identifizierten Verbesserungspotentiale werden gemäß des PDCA-Zyklus weiterbearbeitet. Die abgeleiteten Maßnahmen werden in einem Maßnahmenplan erfasst. Dieser wird ohne Rückverfolgbarkeit der Patientendaten geführt und über längere Zeit aufbewahrt.

Es erfolgt eine konsequente Nachverfolgung der vollständigen Maßnahmenumsetzung (Maßnahmen-Monitoring).

M&M-Konferenzen sollten mindestens einmal pro Quartal stattfinden. Sie werden innerhalb einer Fachabteilung, interdisziplinär oder interprofessionell durchgeführt. Die Dauer beträgt in der Regel eine Stunde. In einer Konferenz werden meist nur ein bis zwei Patientenfälle besprochen.

Die Anzahl der Teilnehmer ist so zu wählen, dass eine konstruktive Analyse des Patientenfalles unter Mitwirken aller Anwesenden ermöglicht wird.

c) Peer Review

„Peer Review in der Medizin ist die systematische und auf einem fachlich-kollegialen Dialog basierende Reflexion des Handelns in der Patientenversorgung mit dem Ziel, die Qualität und die Qualitätskultur und damit die Patientensicherheit zu stärken.“ ([2], S. 5).

Ein Peer Review wird mit der Zielsetzung durchgeführt,

unter Einbeziehung von institutionsfremden „Peers“ an Fällen der eigenen Einrichtung zu lernen und Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren. Peers sind erfahrene ärztliche/pflegerische Fachexperten, die in Leitungsfunktion in anderen Einrichtungen tätig sind.

Anlass zur Analyse eines Peer Reviews geben Auffälligkeiten in einem oder mehreren definierten Aufgreifkriterien. Dies können z. B. vom Referenzbereich abweichende Ergebnisse in Bezug auf definierte Qualitätsindikatoren aus Abrechnungsdaten oder Daten der datengestützten Qualitätssicherung sein.

Ein Peer Review findet nach standardisiertem Ablauf mit definiertem Teilnehmerkreis statt.

Die Aktenanalyse erfolgt sowohl durch die internen wie auch die externen Führungskräfte (leitende Ärzte und Pflegefachpersonen) als Selbst- und Fremdbewertung. Kernelement des Peer Reviews ist der kollegiale Dialog auf Augenhöhe zwischen den externen Peers mit den Führungskräften der besuchten Einrichtung. Peer Reviews werden in der Regel als interprofessionelle Peer Reviews durchgeführt.

Ein Review dauert in der Regel 1-2 Tage. In der Vorbereitung führt die besuchte Einrichtung zunächst eine Selbstbewertung von 15-20 pseudonymisierten Patientenakten durch, deren Ergebnisse in der Fremdbewertung validiert, im kollegialen Dialog diskutiert und zur Erarbeitung von Verbesserungsmaßnahmen genutzt werden.

Von dem fachlichen Austausch und den Erkenntnissen der gemeinsamen Analyse profitieren die besuchte Einrichtung und die besuchenden Fachkräfte (Peers) gleichermaßen.

4.7 Weitere Instrumente

Qualitätszirkel

Klinikabläufe effizienter gestalten, Mitarbeiter motivieren, Fehler vermeiden – das interne Qualitätsmanagement kennt viele Themen und Aufgabenstellungen. Zahlreiche Krankenhäuser gehen diese Herausforderungen an, indem sie auf persönliches Engagement und freiwillige Mitarbeit setzen. In Qualitätszirkeln im Krankenhaus beschäftigen sich Mitarbeiter berufsgruppenübergreifend mit aktuellen Problemen und suchen gemeinsam nach Lösungsvorschlägen. Vorgegebene, vereinbarte oder selbstgewählte Aufgaben- und Problemstellungen werden bearbeitet. Die Mitarbeiter können sich freiwillig in einem Qualitätszirkel zusammenschließen.

ßen oder aber als beauftragte Vertreter ihrer Berufsgruppe an einem Qualitätszirkel teilnehmen. Mittlerweile ist im Rahmen der Zertifizierung von Zentren das Einsetzen von Qualitätszirkeln mit verpflichtender Teilnahme der betroffenen Bereiche vorgeschrieben.

Qualitätszirkel fördern Transparenz und Effizienz

Wie lassen sich Prozesse optimieren, Fehlerquellen ausschalten oder Verbesserungen herbeiführen? Die Teilnehmer diskutieren im Qualitätszirkel wichtige Aspekte ihrer täglichen Arbeit oder besondere Herausforderungen ihres Aufgabengebiets.

Ziel ist es, durch neue Blickwinkel und mittels Erfahrungsaustausch Optimierungspotentiale aufzuzeigen bzw. sich der Problemlösung zu nähern. Zum Einsatz kommen dabei verschiedene Kreativitätstechniken – von der Mindmap bis hin zum World Café.

Qualitätszirkel tragen zur Weiterbildung bei

Neue Erkenntnisse aus aktuellen Behandlungsfällen oder auch aus der Fachliteratur werden fachübergreifend diskutiert. Durch die anschließende, idealerweise interdisziplinäre Diskussion erfolgt Wissens- und Erfahrungswertung und entsteht ein Wissenszuwachs bei allen Beteiligten.

Arbeitsweise

Ein Qualitätszirkel ist eine Kleingruppe von sechs bis zwölf Mitarbeitern, die fachübergreifend auf ein bestimmtes Thema bezogen zusammenarbeiten.

Qualitätszirkel werden durch einen Organisator geplant, vorbereitet und von einem in Moderationstechniken besonders geschulten Mitarbeiter geleitet und moderiert. Für die Gruppenarbeit werden ausgewählte QM- und Moderationswerkzeuge verwendet.

Die Teilnehmer an einem solchen Qualitätszirkel sind stets die gleichen, bei Bedarf können jedoch externe Experten, auch niedergelassene Ärzte – oder Klinikvertreter wie die Verwaltungsdirektion oder die Pflegedienstleitung – hinzugezogen werden.

Die ausgewählten Themen werden auf der Grundlage der Erfahrungen der Teilnehmer analysiert, Lösungsvorschläge erarbeitet sowie deren Umsetzung zu einem vereinbarten Zeitpunkt evaluiert und erneut reflektiert. Die Themenschwerpunkte sind breitgefächert und liegen im gesamten Bereich der Organisation. Auch Rückmeldungen von Patienten und Mitarbeitern zur Organisation, Kommunikation, Zusammenarbeit und sonstige Daten können Ausgangspunkt für die Erarbeitung von

Verbesserungsvorschlägen sein. Eine Patientenaktenanalyse mit spezifischem Fach-Schwerpunkt liegt in der Regel nicht im primären Fokus der Qualitätszirkelarbeit.

Idealerweise finden Qualitätszirkel-Treffen in definierten Abständen regelmäßig statt und dauern ein bis zwei Stunden. Zusätzlich sind auch eine Vorbereitungszeit und Nachbereitungszeit sowie ggf. Zeiten für die Erledigung von Arbeitspaketen zwischen den Treffen einzurechnen.

Relevante Aufgaben oder Problemstellungen können sich auch aus Hinweisen zu Auffälligkeitskriterien, Qualitäts- und Dokumentationsmängeln aus der gesetzlichen QS ergeben.

Audits

Die Form des eingesetzten Audits hängt von der Art der Ziele ab, die ein Krankenhaus überprüfen möchte.

Ein Audit ist stets sorgfältig zu planen und zielgerichtet zu lenken und zu leiten. Im Rahmen eines Audits wird überprüft, ob ein geplanter Prozess oder ein selbst gestecktes Ziel auch verwirklicht werden konnte.

Möchte ein Krankenhaus z. B. einzelne (Teil-)Prozesse oder Organisationsbereiche auf aufbau- und ablauforganisatorische Tauglichkeit, Störanfälligkeit oder Risiken untersuchen, kann es einzelne Prozess- oder Organisations-Audits regelmäßig und planmäßig durchführen, aber auch außerplanmäßige Audits ergänzen.

Prozessaudits, z. B. im Patientenversorgungsbereich, können insbesondere der Überwachung und Nachverfolgung des Erreichens von Qualitätszielen, einer vorgabekonformen Umsetzung von Behandlungsabläufen oder auch der Kommunikation bei Schnittstellenthemen dienen.

Prozessaudits können systemorientiert oder projektorientiert durchgeführt werden:

- systemorientiert: Es werden nur unmittelbar betroffene Prozessabläufe auditiert.
- projektorientiert: Sie werden zu festgelegten Zeitpunkten eines Entwicklungs- und Planungsprozesses durchgeführt, um Defizite zeitnah aufzudecken.

Prozessaudits werden, wie Audits generell, immer planmäßig nach einem festgelegten Auditplan durchgeführt, der Bestandteil des QM-Systems eines Krankenhauses ist. Sie können auch außerplanmäßig stattfinden, wenn beispielsweise die Qualität der Patientenversorgung

auffällig ist, Patientenbeschwerden vorliegen oder Änderungen im Versorgungsablauf vorgenommen wurden.

Der Auditablauf folgt immer dem gleichen Schema:

- Vorbereitung
- Durchführung
- Abschluss mit Bericht

Daran schließt sich die Festlegung von Maßnahmen und deren Verfolgung bis zum Wirksamkeitsnachweis an.

Je nach Themenstellung ist entsprechende Zeit für Vorbereitung und Nachbereitung des Audits einzuplanen.

Implementierung von Behandlungspfaden, SOPs und Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

„Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die dem behandelnden Arzt und dem Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern sollen“ ([3], S. 4).

Um die Umsetzung der Inhalte von Leitlinien wirksam zu unterstützen, sind sie in einer kurzen, übersichtlichen und anwenderfreundlichen, auf die Patientenversorgung im Krankenhaus adaptierten Form abzubilden. Handlungsempfehlungen, SOPs und Behandlungspfade sind die dafür geeigneten Tools. Diese kommen zur Festlegung einrichtungsinterner Ziele und Vorgaben zum Einsatz. Ihre Einhaltung sollte regelmäßig überprüft werden, dabei festgestellte Abweichungen können die Basis für Verbesserungsmaßnahmen bilden.

Um dem Stand der Wissenschaft zu entsprechen, sind Leitlinien und davon abgeleitete Standards wie SOPs, Handlungsempfehlungen oder Behandlungspfade regelmäßig auf Aktualität und damit auf Gültigkeit zu überprüfen.

Überwachung/Monitoring/Bewertung

Die Implementierung leitlinienbasierter Standards und die Einführung von Analysewerkzeugen führen zur Identifikation von Verbesserungspotentialen. Die Umsetzung der daraus abgeleiteten Qualitätsverbesserungsmaßnahmen wird fortlaufend überprüft und ihre Ergebnisse werden evaluiert.



5. Identifikation von Verbesserungspotential

5.1 Frage- und Problemstellung

Im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung sollen die definierten externen und internen Zielwerte oder Referenzbereiche erreicht und ggf. gesteigert werden. Dazu sind Verbesserungsschritte abzustimmen, die sich nach Bedarf auf die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität beziehen und von den beteiligten Mitarbeitern akzeptiert und umgesetzt werden können.

5.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Im Zuge des Monitorings (Kapitel 3) liegen die Ergebnisse und Abweichungen von Qualitätsindikatoren (QI) der externen QS und aus anderen Quellen vor (u. a. aus Routinedaten, Benchmark etc.). Durch weiterführende Analysen (Kapitel 4) werden Dokumentationsartefakte und Gründe für die Abweichungen identifiziert.

Beteiligte sind alle am QS-Prozess mitwirkenden Personen, dazu gehören z. B.

1. QS-/QM-verantwortliche Person der Einrichtung
2. modulverantwortliche Person
3. Qualitätsbeauftragte der Abteilungen
4. ggf. zusätzlich Vertreter oder Führungskräfte aus Ärztlichem, Pflege- und Verwaltungsdienst

5.3 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Übergeordnete Ziele:

1. qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Versorgung
2. Awareness für Verbesserungsschritte der Qualitätsentwicklung bei den Beteiligten fördern und aufrechterhalten
3. Software-Probleme beheben (z. B. Anwendung, Schnittstellen, Plausibilitätsregeln)
4. Validität der QS-Daten und damit der Ergebnisse sicherstellen

Qualitätsbezogene Ziele ergeben sich aus folgenden

Quellen:

1. Referenzbereiche der externen QS
2. Zielwerte der internen Kennzahlen (z. B. abgeleitet von Leitlinien der Fachgesellschaften, SOPs, klinische Pfade, Anforderungen von Fachzertifizierungen, Zielvereinbarungen mit Mitarbeitern oder Führungskräften)
3. Interne und externe Benchmarking-Projekte

5.4 Verbesserungsschritte und Prozess

Zur Abstimmung von Verbesserungsschritten mit den Beteiligten bieten sich die Moderationsmethode und ein Vorgehen nach dem PDCA-Zyklus an (s. u.)

Vorab wird empfohlen,

... die beteiligten Personen zu informieren über:

1. Bedeutung und Einflussfaktoren der für den Arbeitsbereich relevanten QI
2. Ergebnisse der Analyse (s. 2.2.) inkl. Ursachen und ggf. Gründen der Abweichungen
3. Zusammenhang aufzeigen zur intrinsischen Motivation einer bestmöglichen und sicheren Versorgung der Patienten

... und zu sensibilisieren für:

4. die Kontinuität der Verbesserungsschritte im Arbeitsalltag
5. Qualitätsziele und Verbesserungsschritte als interprofessionelle und interdisziplinäre Aufgabe und Verantwortung

Es ist sinnvoll, einen Prozessverantwortlichen zu benennen und die Vertretung festzulegen. Deren Aufgaben sind:

6. neue Entwicklungen der den Qualitätsindikatoren zugrundeliegenden Leitlinien, Expertenstandards und QS-Richtlinien aufzuzeigen und die Beteiligten bei der Umsetzung einzubeziehen.
7. Nutzen, Zweck und Aktualität der vorhandenen patientenbezogenen Dokumentationssysteme zu prüfen, die für den Qualitätsindikator relevant sind.

Zur Festlegung von Verbesserungsschritten sind folgende Schritte hilfreich:

8. Art des Handlungsbedarfes ableiten
 - Betrifft es die Struktur?
 - Betrifft es den Prozess?
 - Betrifft es die Dokumentation (inkl. Software)?
9. Kriterien für die Auswahl von zielführenden und nachhaltigen Verbesserungsschritten definieren:

- Ist die Maßnahme geeignet, um das Problem zu beheben?
 - Ist die Maßnahme umsetzbar?
 - Findet die Maßnahme Akzeptanz?
 - Kann die Maßnahme evaluiert werden?
10. Kriterien formulieren (SMART), mit denen die Wirksamkeit der Verbesserungsschritte geprüft werden kann
11. Bei Prozessänderung: neuen Workflow dokumentieren, implementieren und regelmäßig evaluieren
12. Internes Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Aufrechterhaltung der Verbesserungsschritte festlegen, wie z. B. Dokumentationskontrolle (Kapitel 4 Werkzeugkoffer)

Akzeptanz bei den Mitarbeitern (s. Kapitel 4 Werkzeugkoffer).

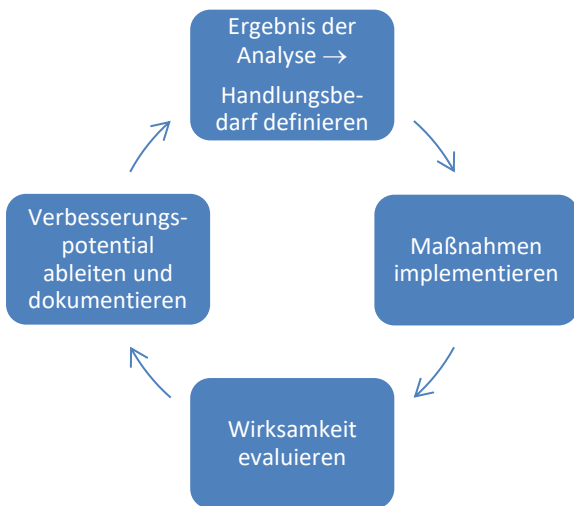


Abbildung 5: Plan-Do-Check-Act-Zyklus

5.5 Monitoring der Maßnahme und Bewertung

Das Monitoring bezieht sich sowohl auf die Ebene der Verbesserungsschritte als auch auf die Ebene der von den Qualitätszielen abweichenden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.

Das Monitoring soll folgendes erreichen:

1. Die Vermittlung der internen Vorgaben und Verbesserungsschritte an alle Mitarbeiter sicherstellen (auch an die neuen Mitarbeiter).
2. Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beobachten (s. Kapitel 3 Monitoring).
3. Prüfung der Zielerreichung der Verbesserungsschritte

Wichtig ist die Bewertung der Eignung der eingeleiteten Verbesserungsschritte und der eingesetzten Instrumente aus dem Werkzeugkoffer, auch hinsichtlich ihrer



6. Auffälligkeiten, Stellungnahme, Maßnahmen

In diesem Kapitel wird ausschließlich das gesetzlich vorgegebene Stellungnahmeverfahren gemäß der DeQS-RL behandelt.

Aus Sicht des Leistungserbringers ergeben sich folgende drei Schritte:

1. Analyse durchführen
2. Vereinbarung erstellen und abstimmen
3. Umsetzung realisieren

Stellungnahmeverfahren: Abläufe aller Beteiligten (Landsarbeitsgemeinschaft für die Qualitätssicherung LAG, Leistungserbringer)

6.1 Frage- und Problemstellung

Wenn in der Jahresauswertung Hinweise auf Dokumentationsmängel oder rechnerische Auffälligkeiten vorliegen, bewerten Fachkommissionen diese. LAG oder IQTIG lösen dann in der Regel gegenüber den Leistungserbringern ein Stellungnahmeverfahren aus. Dieses kann in Form einer Aufforderung zur schriftlichen Stellungnahme oder einer Besprechung oder Begehung durch Mitglieder der Fachkommission erfolgen.

Wenn die abschließende externe Bewertung die Auffälligkeit aufrechterhält, können Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung zwischen LAG oder IQTIG und Leistungserbringern vereinbart werden.

Leistungserbringer können daraufhin einen internen Verbesserungsprozess starten, um die vereinbarten Maßnahmen umzusetzen und Ziele zu erreichen.

Regelhaft sollte dabei mittelfristig auch geprüft werden, ob sich die ergriffenen Verbesserungsschritte aus dem Stellungnahmeverfahren in einem veränderten Ergebnis des Qualitätsindikators niederschlagen.

6.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Ein Stellungnahmeverfahren kommt in der Regel dann

zustande, wenn die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren oder Auffälligkeitskriterien außerhalb des Referenzbereichs liegen oder bei Sentinel-Event-Indikatoren im Erfassungsjahr mindestens ein auffälliges Ereignis dokumentiert wird.

§ 8a Abs. 2 DeQS-RL

- (3) Die Aufgaben der Fachkommissionen sind insbesondere:
1. Prüfung der von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen sowie fachliche Bewertung im Hinblick auf Auffälligkeiten
 2. Empfehlung der Einleitung sowie zur Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Absatz 5 Satz 4 und 5 gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle
 3. Bewertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens
 4. Empfehlung für eine Entscheidung gemäß § 17 Absatz 6 Satz 12 über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und gegebenenfalls zur Einleitung von Maßnahmen gemäß § 17 Absatz 8 und 9, sowie Empfehlungen zum Zeitrahmen innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle
 5. Empfehlung eines geeigneten Verfahrens zur Überprüfung der Durchführung sowie des Erfolgs der Maßnahmen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle.

6.3 Materialien und Dokumente

Das Stellungnahmeverfahren gibt den Leistungserbringern Gelegenheit, sich mit der rechnerischen Auffälligkeit zu befassen, indem Ursachen für die rechnerische Auffälligkeit analysiert werden und Begründungen für die qualitative Bewertung dargelegt werden. Gegebenenfalls ist eine Einzelfallanalyse erforderlich. Ebenso sind die Verbesserungsschritte darzulegen, die bereits eingeleitet worden sind oder noch eingeleitet werden, um die Auffälligkeit zukünftig nachhaltig zu verhindern.

1. Aufforderung zur Stellungnahme (durch die LAG oder den UA QS des G-BA; E-Mail oder Link im Stellungnahme-Portal)
2. Datengrundlage
 - a) Liste der auffälligen Vorgangsnummern, bereitgestellt von IQTIG über die Datenannahmestellen (DAS-KH oder DAS-KV)

- b) Zugriff auf die QS-Dokumentation der Einrichtung
 - c) Zugriff auf die Patientenakten der Einrichtung
 - d) IQTIG-Dokumentationsbogen;
<https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Dokumentationsbogen
 - e) Ausfüllhinweise; <https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Ausfüllhinweise)
 - f) Auslösekriterien („QS-Filter“;
<https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Anwenderinformation QS-Filter)
 - g) § 301- oder § 21-Datensatz und die enthaltene Kodierung von Diagnosen (ICD-10-GM) und Prozeduren (OPS) → Auffälligkeiten, die aufgrund des Abgleichs des QS-Datensatzes mit den Abrechnungsdaten entstehen.
3. QI-Ergebnisse
- a) Rückmeldeberichte (Quartals- und Jahresauswertung; von IQTIG, wird über die Datenannahmestelle – DAS-KH oder DAS-KV – bereitgestellt)
 - b) Beschreibung der Qualitätsindikatoren („QIDB“: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qidb/> oder Rechenregeln: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> → Verfahren auswählen → Rechenregeln, prospektiv, endgültig, Auffälligkeitskriterien)
 - c) Liste der auffälligen Vorgangsnummern (→ 4a)
4. Gegebenenfalls SOPs, Checklisten, interne Leitlinien, Umsetzung interne Standards (z. B. Risikoeinschätzung zur Dekubitusprophylaxe)

Wird der Leistungserbringer im Zuge einer Jahresauswertung zu einer Stellungnahme aufgefordert, ist zunächst zu analysieren, wie das auffällige Ergebnis zustande gekommen ist. Dazu können die einzelnen Datensätze aus der QS-Dokumentationssoftware herangezogen werden. In vielen Fällen ist es sinnvoll, auch die Patientenakten (oder zumindest eine Stichprobe) der auffälligen Datensätze hinzuzuziehen.

Ebenfalls hilfreich ist die Verlaufskontrolle anhand der unterjährigen Quartalsauswertungen. Die Prüfung der unterjährigen Auswertungsergebnisse kann ab 2026 als Maßnahmen der Stufe 1 vereinbart werden.

6.4 Wer ist beteiligt?

Beteiligte:

1. Modulverantwortlicher und
2. QS-Koordinator der Einrichtung

3. Situations-/inhaltsbezogen weitere Leitungskräfte (z. B. Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Leitung Wirtschafts- und Verwaltungsdienst)
4. QS-verantwortliche Person in der Vertragsarztpraxis

6.5 Qualitätsziele und Maßnahmen der Stufe 1

Über das Stellungnahmeverfahren wird eine Vereinbarung zwischen LAG oder IQTIG und dem Leistungserbringer getroffen.

Die Leistungserbringer legen die internen Qualitätsziele fest und entscheiden, welche Verbesserungsschritte eingeleitet werden. Sie begründen die geplanten und bereits eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen.

6.6 Maßnahmen und Prozesse

Bei Aufforderung zu einer schriftlichen **Stellungnahme** hat es sich bewährt, wie folgt vorzugehen:

1. Kurze Analyse der Auffälligkeit, Benennung von Verbesserungsschritten, um Auffälligkeiten zukünftig zu vermeiden
 - a) Gegebenenfalls epikritische Erläuterung am ursprünglichen Einzelfall z. B. Beschreibung der Behandlungsschritte und welche individuellen Maßnahmen bei dem betroffenen Patienten ergriffen wurden
 - b) Gegebenenfalls Erläuterung der Abweichung vom Standardvorgehen → durch welche Verbesserungsschritte sollen Abweichungen zukünftig vermieden werden
 - c) Gegebenenfalls fachliche Bewertung und Begründung der gewählten Verbesserungsschritte
 - d) Gegebenenfalls Erläuterung des oder der Dokumentationsfehler → durch welche Verbesserungsschritte sollen Dokumentationsfehler zukünftig vermieden werden
2. Zusammenfassendes Fazit
 - a) Die <Auffälligkeit(en)> wurden
 - b) potenziell verursacht durch <Ursache>.
 - c) Gegebenenfalls zur Vermeidung in der Zukunft werden wir bis zum <Datum> folgende <Verbesserungsschritte> umsetzen.
 - d) Gegebenenfalls zur Vermeidung in der Zukunft haben wir bereits am <Datum> folgende <Verbesserungsschritte> umgesetzt.
 - e) Gegebenenfalls Begründung, warum die Verbesserungsschritte als geeignet angesehen werden, um Auffälligkeiten zukünftig zu vermeiden, oder auch bereits eingeleitete Maßnahmen-schritte nennen, die ausgeschlossen worden

sind, da nicht nachhaltig oder nicht zielführend.

Eine Vereinbarung gemäß DeQS umfasst eine oder mehrere Verbesserungsschritte, Umsetzungsfristen und Berichtspflichten, die zur Verbesserung der Qualität der Behandlung dienen. Eine Vereinbarung kann auch Schritte zur Verbesserung der Dokumentationsqualität umfassen. Die LAG entscheidet über die von der Fachkommission empfohlene Vereinbarung bzw. Maßnahmenstufe.

§ 17 Abs. 8 und 9 DeQS-RL:

(8) Auf Basis der qualitativen Bewertung stellt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen in einem gestuften System fest. Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Zur Förderung der Qualität kann die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 eine schriftliche Empfehlung geben oder sie vereinbart mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer Art, Inhalt und Umfang der qualitätsverbessernden Maßnahmen. Insbesondere kommen folgende fördernde Maßnahmen der Beratungen und Unterstützung (Maßnahmenstufe 1) in Betracht:

- a) Zielvereinbarung
- b) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- c) Teilnahme an Qualitätszirkeln
- d) Teilnahme an Audits
- e) Begehungen/Visitationen, sofern die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer zustimmt
- f) Teilnahme an Peer Reviews
- g) Implementierung von Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement
- h) Implementierung von Behandlungspfaden
- i) Implementierung von Standard Operating Procedures (SOPs)
- j) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und
- k) Prüfung unterjähriger Auswertungsergebnisse.

Sowohl die zuständige externe Stelle (LAG oder IQTIG) als auch die Leistungserbringer müssen der Vereinbarung zustimmen.

(9) Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Verstöße gegen Qualitätsanforderungen, 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. Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen. Dabei handelt es sich nicht um eine Weiterführung des Stufenverfahrens. Die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 entscheidet unter Berücksichtigung der Äußerung über die Anwendung oder die Empfehlung von Maßnahmen (Maßnahmenstufe 2). Die Stellen nach Absatz 1 sind zuständig für:

- a) eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer
- b) Information der für Vergütungsabschlüsse oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen nach Absatz 2 Satz 1 Buchstaben a und b mit entsprechenden Empfehlungen
- c) die Information Dritter über Verstöße gegen Qualitätsanforderungen, wobei Dritte in diesem Sinne insbesondere folgende Stellen sind, die nur in Kenntnis dieser Information ihre gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufgaben sachgerecht erfüllen können:
 - aa) die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden,
 - bb) die Gesundheitsämter,
 - cc) Überwachungs- und Prüfungskommission bei der Bundesärztekammer hinsichtlich der Leistungsbereiche der Transplantationsmedizin nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.
- d) Empfehlung für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung durch den G-BA von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen bei besonders schwerwiegenden Verstößen.

[...]

Wenn Leistungserbringer der vorgeschlagenen Vereinbarung nicht in allen Punkten zustimmen, gibt es zwei Möglichkeiten. Die zuständige externe Stelle

1. legt geeignete Verbesserungsschritte fest, mit denen die angestrebte Qualitätsverbesserung (Maßnahmenstufe 1) erreicht werden kann, oder
2. verfügt, dass der Leistungserbringer von der Versorgung ausgeschlossen wird (Maßnahmenstufe 2).

Wenn Leistungserbringer zustimmen, haben sich folgende Schritte zur Umsetzung einer Vereinbarung bewährt:

1. Maßnahmenplan mit Verbesserungsschritten, Verantwortlichkeiten und Fristen erstellen
2. Verbesserungsschritte von den Verantwortlichen bestätigen lassen
3. Umsetzung und Wirksamkeit der Verbesserungsschritte überprüfen und bewerten
4. Bericht und Nachweise an zuständige Stelle (LAG oder IQTIG) übermitteln

6.7 Überwachung und Bewertung

Sobald der extern durch LAG oder IQTIG initiierte Verbesserungsprozess im Krankenhaus umgesetzt ist, kann darauf aufbauend ein an selbst gesteckten Qualitätszielen ausgerichteter, kontinuierlicher Verbesserungsprozess etabliert und weiterentwickelt werden.

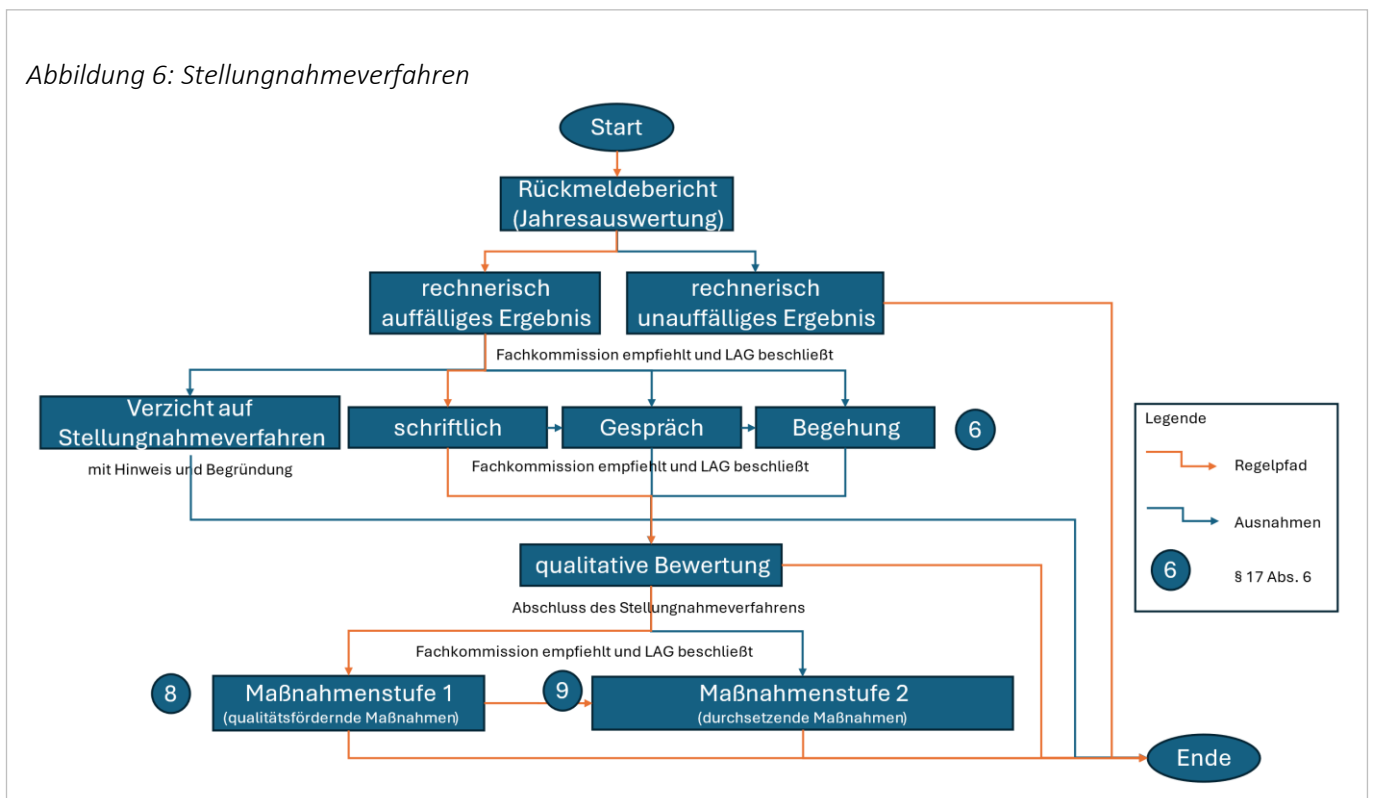
Dadurch wird es auch möglich:

1. besondere Stärken zu identifizieren und auszubauen
2. QI-Ergebnisse unterjährig zu monitoren und rechtzeitig einzugreifen
3. Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Auffälligkeiten zu etablieren, insbesondere in folgenden Konstellationen:
 - a) Unterdurchschnittliche, aber noch nicht auffällige Ergebnisse,
 - b) bekannte Abweichungen, die sich noch nicht in auffälligen Ergebnissen niederschlagen,
 - c) zur vorsorglichen Implementierung bekannter Präventionsmöglichkeiten

Die Ergebnisse der anderen Einrichtungen liefern eine Vergleichsmöglichkeit und den Ansporn, besser zu werden und zu den Besten vorzustoßen.

6.8 Neu seit 2025: Überspringen des Stellungnahmeverfahrens und der Maßnahmenstufe 1 möglich

In Abweichung zur in § 17 Abs. 6 geregelten gestuften Vorgehen im Stellungnahmeverfahren, kann gemäß § 17 Abs. 10 von diesem gestuften Verfahren abgewichen werden. §17 Abs. 10 regelt neu, dass unverzüglich Maßnahmen der Stufe 2 ergriffen werden können,



wenn die qualitative Bewertung besonders schwerwiegende Verstöße zeigt oder die Mitwirkung am Stimmabgabeverfahren oder an der Umsetzung von Maßnahmen der Stufe 1 verweigert wird.

Hinweis: Auf die Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bis einschließlich dem Erfassungsjahr 2024 sind Bestimmungen in der bis zum 31. Dezember 2024 geltenden Fassung anzuwenden (siehe § 17 Absatz 17 DeQS-RL in der seit dem 01.01.2025 geltenden Fassung).



7. Einbindung der Ergebnisse in das interne Qualitätsmanagement

7.1 Frage- und Problemstellung

Wie können die Ergebnisse aus der datengestützten Qualitätssicherung und aus Qualitätsindikatoren anderer Quellen im internen Qualitätsmanagement auch für die Qualitätsverbesserung genutzt werden?

Die Ergebnisse sind regelmäßig Bestandteil von Sitzungen und Konferenzen aller Klinikbereiche/Fachabteilungen. Auf der Grundlage der hierbei gemeinsam analysierten Kennzahlen werden, wo immer möglich, interne Ziele/Zielwerte festgelegt. Diese fließen im Rahmen der Maßnahmenplanung in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein und werden über die internen Prüfmaßnahmen z. B. Audits hinsichtlich der Wirksamkeit überwacht.

7.2 Was ist der Auslöser für die Fragestellung?

Auffällige Ergebnisse aus der datengestützten Qualitätssicherung und aus Qualitätsindikatoren anderer Quellen.

7.3 Wer ist beteiligt?

Die Umsetzung des Verbesserungsprozesses wird maßgeblich durch folgende Berufsgruppen unterstützt:

1. QM- und QS-Mitarbeiter
2. Mitglied der Leitung des Pflegedienstes
3. für den betreffenden Bereich verantwortliches ärztliches Personal
4. je nach Thema weitere Fachkräfte der Klinik oder des Klinikbereiches/der Fachabteilungen

7.4 Qualitätsziele und Zielvereinbarung

Die Einbindung beteiligter Berufsgruppen erhöht die Akzeptanz für mögliche Veränderungen im Arbeitsbereich. Prozessanpassungen können über interne Schulungen mit allen Beteiligten diskutiert und umgesetzt werden.

Ziel ist es, die Patientensicherheit zu erhöhen, indem

die eigene Sicherheitskultur umgesetzt und die Qualität der Versorgung von allen Beteiligten aktiv sichergestellt wird.

7.5 Maßnahmen und Prozess

Die abgeleiteten Maßnahmen und die erreichten Ziele werden zusammengefasst dargestellt und evaluiert. Dies kann zum Beispiel im Rahmen der Managementbewertung erfolgen. Folgende Fragen können dabei unterstützen:

- Fanden Gespräche zur Analyse der medizinischen Ergebnisqualität statt, mit welcher Bewertung? (Wurde ein Bericht erstellt? Wenn ja, durch wen?)
- Wurden Qualitätsprobleme bei der Analyse erkannt? (Wer erstellte den Bericht?)
- Wurden die benötigten Fälle für die datengestützte Qualitätssicherung rechtzeitig und vollständig dokumentiert? (mindestens 95% am Quartalsende, 100% zur Abgabe der Jahresdaten)
- Wurde intern stichprobenartig die Richtigkeit der für die datengestützte Qualitätssicherung erhobenen Daten validiert? Mit welchem Ergebnis?
- Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Indikatoren?
- Gab es Aufforderungen zum strukturierten Dialog/Stellungnahmeverfahren?
- Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Indikatoren aus anderen Quellen?
- Welche Erkenntnisse ergaben sich aus Einzelfall-Aktenanalysen, M&M-Konferenzen, Peer Reviews? Wurden beschlossene Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt?

Beispielhaft wird in nachfolgender Tabelle 2 die Evaluation im Rahmen der Managementbewertung gemäß der DIN EN ISO 9001:2026 dargestellt. Sie erfolgt nach den von der ISO-Norm geforderten Eingaben für die Managementbewertung:

Normkapitel	Anforderung der Norm	Bezug auf die Qualitätsindikatoren
9.3.2 a)	Status von Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen	
9.3.2 b)	Veränderungen bei externen und internen Themen, die das Qualitätsmanagementsystem betreffen (z. B. neue Gesetze und GB-A-Richtlinien, veränderte Wettbewerbssituation, in der Aufbau- und Ablauforganisation, in der strategischen Positionierung der Klinik, durch neue Fachabteilungen, durch neue diagnostische oder therapeutische Vorgehensweisen, durch Führungskräftewechsel)	
9.3.2 c)	Veränderungen in den Erfordernissen und Erwartungen interessierter Parteien, die das Qualitätsmanagementsystem betreffen	
9.3.2 d)	Informationen über die Leistung und Wirksamkeit des QMS, einschließlich Entwicklungen bei:	
9.3.2 d) 1	Nichtkonformitäten und Korrekturmaßnahmen	Auffälligkeiten des abgelaufenen Jahres mit den entsprechenden erfolgreichen Maßnahmen einfügen.
9.3.2 d) 2	Ergebnisse von Überwachungen und Messungen	Ergebnisse der Kennzahlen und Qualitätsindikatoren darstellen z. B. datengestützte QS, §21-Daten, Patientenbefragung, Beschwerden, Begehungen, Sicherheitsaudits, CIRS, Analysen (Einzelfall-Aktenanalysen, M&M-Konferenzen, Peer Reviews), Projekte.
9.3.2 d) 3	Auditergebnissen	Ergebnisse der internen Audits zusammenstellen.
9.3.2 d) 4	Kundenzufriedenheit und Rückmeldungen von relevanten interessierten Parteien	Auswertung der Patientenbefragungen im Rahmen der DeQS; Ergebnisse aus PROMs; Rückmeldungen der Fachausschüsse (z. B. Stellungnahmeverfahren), des Medizinischen Dienstes (z. B. MD-QK-RL), der Kostenträger (z. B. Mindestmengen).
9.3.2 d) 5	Umfang, in dem Qualitätsziele erfüllt wurden	Spezifische prozessbezogene Qualitätsziele übergeordnet (quartalsweises Qualitätscontrolling und Maßnahmenableitung) oder auf QI-Ebene (z. B. E-E-Zeit, door to needle time) benennen und zu vorgegebenen Terminen überprüfen. Ziele für den Erreichungsgrad der QI-/ Kennzahlenergebnisse definieren.
9.3.2 d) 6	Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen	Bewährte Mittel sind interne Audits, wie z. B. M&M-Konferenzen, Peer Reviews und Einzelfall-Aktenanalysen mit individuellen Fragestellungen und in Kombination mit Sicherheitsaudits, die zeitlich und bezüglich der speziellen Anforderungen geplant werden.
9.3.2 d) 7	Leistung von externen Anbietern	Falls eine enge und relevante Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen oder Kliniken gepflegt wird, Bewertung vornehmen.
9.3.2 e)	Möglichkeiten der Verbesserung	Im Team ermittelte Verbesserungspotentiale in konkrete Maßnahmen umsetzen.
9.3.2 f)	Angemessenheit von Ressourcen	Personelle Untergrenzen sowie erforderliche Ausstattungsvorgaben bewerten.
9.3.2 g)	Wirksamkeit von durchgeführten Maßnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen	Maßnahmen aus dem abgelaufenen Jahr bewerten.

Tabelle 2: Maßnahmen zur Umsetzung der Normkapitelforderungen

8. Ausblick

Die vorliegende Arbeitshilfe soll Sie ermutigen und motivieren, die Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung nutzbringend für die internen Prozesse einzusetzen.

Ihr Feedback, Ihre Erfahrungen, Anregungen, Kommentare und der Austausch mit Ihnen sind herzlich willkommen und können gerne mit dem Autorenteam innerhalb der GQMG geteilt werden.

9. Literatur

zu Kapitel 4 und 7:

- [1] Bundesärztekammer (Hg.): Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK). Band 32, 1. Auflage 2016. Abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf.
- Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen der Stiftung Patientensicherheit Schweiz unter https://patientensicherheit.ch/wp-content/uploads/2023/03/Leitfaden_Morbidity-und_Mortalitykonferenzen.pdf (Zugriff zuletzt am 22.10.2025)
- Martin J, Braun J-P, Zacher J (Hrsg): Handbuch IQM. Konsequenz transparent - Qualität mit Routinedaten! MWV, Berlin, 2023.
- PeerReview in der Medizin PRiM. Leitfaden der Bundesärztekammer. 2. Auflage 2025. Anlage zum Curriculum PRiM - Peer Review in der Medizin <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/kursbuecher-curricula-leitfaeden> pdf-Dokument „Leitfaden Review in der Medizin PRiM“ Stand 26.09.2025
- [2] BÄK-Curriculum Peer Review in der Medizin, Bundesärztekammer. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Peer_Review_in_der_Medizin_PRiM.pdf (Zugriff zuletzt am 23.8.2025).
- [3] „II Implementierung von Leitlinien in den ärztlichen Alltag“ in Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer (S.4) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/Rahmenkonzept.pdf, S.4, (Zugriff zuletzt 22.10.2025).
- (DIN EN ISO 9000:2005-12: Qualitätsmanagementsystem – Grundlagen und Begriffe, Kapitel 3.9.1., Beuth Verlag, Berlin 2005). https://www.dgg.de/fachbeitraege/was-ist-eigentlich-ein-audit/?gclid=EAlalQobChMI-4_RnMyK8QIVCgGLCh3k-gnIEAAYAiAAEgKKwPD_BwE.
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Prozessaudit>.
- (G-BA 2020) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) (online: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2354/DeQS-RL_2020-11-20_iK-2021-01-19_AT-18-01-2021-B6.pdf).

Alle Abbildungen und Tabellen sind selbst erstellt worden.

Wir gestalten Qualität für Patientinnen, vernetzen Gesundheitsberufe, verbessern Prozesse

Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) ist ein Netzwerk für alle Menschen, die an der Qualität in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung arbeiten.

- **Wir gestalten Qualitätskultur mit Blick auf Patienten, Mitarbeiter und Wirtschaftlichkeit.** Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung basiert auf Werten und einer Unternehmenskultur, die von den Führungskräften einer Einrichtung getragen werden. Wir fördern ein am Wohl des Patienten orientiertes, umfassendes Qualitätsverständnis, das alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen berücksichtigt.
- **Wir führen einen wissenschaftlichen Diskurs zu Qualität und Patientensicherheit und beziehen Stellung.** Dazu schaffen und bündeln wir Wissen und teilen dieses innerhalb und außerhalb der Fachkreise. Als Fachgesellschaft beziehen wir auf dieser Basis Stellung zu aktuellen Entwicklungen rund um Qualität und Patientensicherheit in der Gesundheitsversorgung. Wir spannen dabei den Bogen vom einzelnen Akteur bis hin zu Meinungsbildnern und politischen Entscheidungsträgern.
- **Wir vernetzen die Akteure des Qualitäts- und Risikomanagements, geben ihnen Anregung und praktische Unterstützung.** Wir bieten Austausch zwischen Erfahrenen und Neulingen und Hilfestellung bei Alltagsproblemen. Wir setzen Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung. Wir entwickeln und verbreiten validierte Instrumente und geben Hinweise für alle medizinischen Berufsgruppen wie auch für Patienten.

Die GQMG besteht seit 1993, seit 2002 ist sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Sie kooperiert mit den Fachgesellschaften sQmh in der Schweiz und ASQS in Österreich. www.gqmg.de

10. Glossar

In diesem Glossar sind Begriffe und Abkürzungen aus den Kapiteln aufgenommen worden, die sich auf das Qualitätsmanagement, Richtlinien des G-BA und das Abrechnungssystem beziehen.

Abweichung

Eine Abweichung ist definiert als rechnerisch auffälliges Ergebnis eines Qualitätsindikators. Auffällig ist ein Ergebnis dann, wenn es statistisch signifikant vom Referenzbereich abweicht. Die rechnerische Auffälligkeitseinstufung erfolgt dabei anhand des Vergleichs der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs mit einem vorab festgelegten Schwellenwert α (ähnlich einem Signifikanzniveau). Bisherige Methode (bis Auswertungsjahr 2023): Die bisherige Methodik die statistische Unsicherheit über die zugrundeliegende Qualität von Leistungserbringern nicht angemessen berücksichtigt. Dies entspricht nicht den wissenschaftlichen und internationalen Standards. Zudem führt es dazu, dass alleine aus stochastischen Gründen bei Leistungserbringern mit geringer Fallzahl viele Auffälligkeiten auftreten. Die bisherige Methodik für die Berechnung Perzentil-basierter Referenzwerte nicht gewährleistet, dass der durch das Perzentil vorgegebene Anteil an Standortergebnissen rechnerisch auffällig wird (sondern in der Regel ein höherer Anteil).

aus: (1) https://iqtiq.org/dateien/berichte/2023/IQTIG_QS-PCI_Methodik-Auffaelligkeit-Referenzbereiche_2023-07-07.pdf und (2) https://iqtiq.org/downloads/berichte/2025/2025-04-08_IQTIG_QS_CHE_GYN-OP_MC_Umstellung_Methodik_rechnerische_Auffaelligkeit.pdf

Auffälligkeit

Eine rechnerische Auffälligkeit dient als Aufgreifkriterium für eine qualitative Bewertung

- a) von Qualitätsindikatorergebnissen bei der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen oder
- b) von Ergebnissen zur Datenvalidierung

und führt in der Regel zu einem Stellungnahmeverfahren. Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn ein Referenzbereich für **einen Qualitätsindikator oder für ein Auffälligkeitskriterium zur Datenvalidierung nicht erreicht wird.**

aus: *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 1: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2025. Vom 19. Dezember 2024*

Auslösekriterien

Kriterien der jeweiligen QS-Spezifikation, die durch das Kodieren im KIS entsprechend dem hinterlegten Algorithmus das erforderliche QS-Modul auslösen.

Awareness

Bewusstsein und Gewährsein im Sinne einer Sensibilisierung für ein Thema oder eine Problematik.

Behandlungspfade

Auch klinischer Pfad oder Critical Pathway genannt. Dokument, das die Abläufe oder konkreten Maßnahmen und ggf. Entscheidungswege bezogen auf eine Diagnose oder Eingriff darstellt. Der Pfad kann berufsgruppen- und fachübergreifend sowie tagesbezogen gestaltet sein und somit auch als Behandlungsdokumentation dienen.

Benchmark

Datengestützter Vergleich von Ergebnissen, Prozessen und Strukturen einzelner Institutionen mit definierten Zielgrößen bzw. mit aggregierten Daten anderer Institutionen.

CIRS

Abkürzung für Critical Incident Reporting System. Software zur anonymen Meldung und Auswertung unerwünschter Ereignisse und Beinahe-Fehler. S.a. RM/Risikomanagement.

Cross Check

Automatisierter Abgleich zwischen den §21 Daten und den Daten der externen Qualitätssicherung, der in QS-Software zum Monitoring der Daten hinterlegt ist.

DAS-KH/DAS-KV

Abkürzung für die auf der jeweiligen Landesebene zuständige Datenannahmestelle Krankenhaus bzw. Kassenärztliche Vereinigung für die datengestützte externe Qualitätssicherung.

Falldaten

Daten eines stationären Krankenhausfalles, die verpflichtend zu Abrechnungszwecken an die Krankenkassen zu übermitteln sind (§301 SGB V). Dazu gehören u.a. ICD, OPS, Aufnahme-, Entlass- und Verlegungsgründe.

G-BA

Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten,

Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

ICD

Internationales Klassifikationssystem für Diagnosen, dient als Grundlage der Kodierung im Fallpauschalensystem.

Indikator

(siehe Qualitätsindikator)

Interessierte Parteien

Begriff aus der DIN EN ISO 9000. Die interessierte Partei bezieht sich auf den Kontext, d.h. das Umfeld einer Organisation, und kann externe als auch interne Gruppen umfassen, die von den Tätigkeiten oder Ergebnissen der Organisation betroffen sind. Eine externe, interessierte Partei einer Gesundheitseinrichtung sind z. B. die Krankenkassen.

IQTIG

Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen mit Sitz in Berlin. Entwickelt und betreut die QS-Verfahren im Auftrag des G-BA.

Kennzahlen

„Verdichtung von Einzelinformationen, um komplexe Sachverhalte und Zusammenhänge mit einer Maßgröße darstellen zu können“ (Horváth& Partners 2016, S. 231).

Quelle: Horvath und Partners (2016): Das Controllingkonzept: Der Weg zu einem wirkungsvollen Controllingsystem. München, 8. Auflage.

KIS

Abkürzung für Krankenhausinformationssystem. EDV-System zur Verarbeitung der administrativen und medizinisch-pflegerischen Informationen zu einem Behandlungsfall. Das KIS enthält als Minimalstandard die Stammdaten eines Patienten und die verpflichtenden Falldaten, die nach SGB V für die Kostenträger notwendig sind.

Kodierung

Bezieht sich als Kodierung des Patientenfalles auf die

Verschlüsselung von Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) unter Berücksichtigung der Kodierrichtlinien zum Zweck der Falldarstellung und Abrechnung im Fallpauschalensystem (DRG und PEPP).

Kolloquien

Einzahl: Kolloquium. Fachwissenschaftliches Gespräch, z. B. als Bestandteil einer Tagung oder einer akademischen Ausbildung.

KVP

Abkürzung für kontinuierlicher Verbesserungsprozess. s.a. PDCA-Zyklus.

LAG

Landesarbeitsgemeinschaft für die Qualitätssicherung. In den meisten Bundesländern bei der jeweiligen Landesärztekammer angesiedelt.

Leistungserbringer

Begriff im SGB V, der sich im Zusammenhang mit der DeQS auf Vertragsärzte (ambulant /KV-Bereich) und Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) bezieht. Leistungserbringer im Sinne des SGB V sind aber auch Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer und sonstige Leistungserbringer

Leitlinien

„Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die dem behandelnden Arzt und dem Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern sollen“. Weit verbreitet sind die AWMF-Leitlinien und Nationalen Versorgungsleitlinien. Die AWMF-Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sind teilweise Grundlage für die Abfragefelder in QS-Modulen (z. B. PNEU) oder Zentrenzertifizierungen. Die AWMF Leitlinien sind je nach Entwicklungs- und Qualitätsstufe in S1 bis S3 klassifiziert. Die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) sind Grundlage der Disease Management Programme (DMP) in der ambulanten Versorgung chronisch kranker Menschen.

<https://www.awmf.org/>

M&M-Konferenz

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz. Instrument zur regelmäßigen, strukturierten Besprechung von Patientenfällen mit besonderen Behandlungsverläufen oder bei Todesfällen, um daraus zu lernen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung abzuleiten. Diese Konferenzen können fach-, berufsgruppen- und sektorenübergreifend stattfinden.

MD/MDK

Medizinischer Dienst (bis 2020 Medizinischer Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung). Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die regional beratend und im Auftrag für die gesetzliche Krankenversicherung tätig ist. Es gibt in Deutschland 15 Medizinische Dienste und den MD Bund als Dachorganisation.

Modulverantwortliche Person MV

Modulverantwortliche Personen sind Mitarbeiter der Leistungserbringer, welche die QS-hauptverantwortliche Person der Einrichtung unterstützen. Sie betreut ein oder mehrere QS-Verfahren mit den Aufgaben der QS-Dokumentation, Verfassen von Stellungnahmen und Kommentierung von QS-Ergebnissen im Qualitätsbericht. Während die QS-hauptverantwortliche Person eine Person in Leitungsfunktion sein sollte, besteht diese Anforderung für modulverantwortliche Personen nicht.

Monitoring

Unter Monitoring versteht man eine kontinuierliche Überwachung oder Messung von Vorgängen mittels einer Software. Hier bezieht sich das Monitoring auf die Kennzahlen und Indikatoren.

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaets sicherung/peer-review>

OPS

Internationales Klassifikationssystem für Prozeduren, wie z. B. Operationen, diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Dient als Grundlage zur Kodierung im Fallpauschalensystem.

PDCA-Zyklus

Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung, der auf vier aufeinanderfolgenden Schritten beruht: Planung, Umsetzung, Überprüfung und Ableitung von weiteren Handlungen, die wiederum in die nachfolgende Planung einfließen. Auch Deming-Kreis genannt nach dem gleichnamigen US-amerikanischen Wissenschaftler.

Peer Review

„Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-)Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.“

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaets sicherung/peer-review>

Prozess

Ein Prozess beinhaltet eine Abfolge mehrerer Handlungsschritte und hat einen definierten Anfang und Ende. Er kann berufsgruppen -und /oder abteilungsübergreifend sein. Ein Prozess sollte idealerweise aus Sicht des Kunden /Patienten gestaltet werden.

PrüfvV

Prüf-Verfahrens-Vereinbarung: Vereinbarung zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband zur Durchführung von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst.

QK

Abkürzung für Qualitätskontrolle, die hier gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie zur Einhaltung der vom G-BA vorgegebenen Qualitätsrichtlinien für bestimmte Eingriffe oder Versorgungsbereiche dient. Die Qualitätskontrolle kann routinehaft nach einem Zeitintervall und anlassbezogen durchgeführt werden. Die Befugnis zur Durchführung nach dieser Richtlinie hat ausschließlich der Medizinische Dienst. Er kann hierzu von den gesetzlichen Krankenkassen oder von Gremien der datengestützten QS auf Bundes- oder Landesebene beauftragt werden.

QMB

Abkürzung für Qualitätsmanagementbeauftragter

QS/Qualitätssicherung

Sammelbegriff für unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zur Sicherstellung festgelegter Qualitätsanforderungen bzw. zur Erreichung bestimmter Qualitätsziele. Hier: Gesetzliche Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §§135-139 SGB V.

QS-Filter

Der QS-Filter ist eine Software, die auf Grundlage festgelegter Kriterien (zumeist Abrechnungsdaten, z. B. §301 Daten) die für die Qualitätssicherung zu dokumentierenden Patienten „filtert“. Die Kriterien hierzu werden in einer Spezifikation definiert.

QS-Module

Die einzelnen QS-Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beinhalten Module zu bestimmten Eingriffen (z. B. HEP - Hüftendoprothesenversorgung) oder Diagnosen (z. B. PNEU für die ambulant erworbene Pneumonie). Die Module

enthalten Datenfelder, die teils automatisch aus dem KIS gefüllt werden und teils mit einer Auswahlantwort oder Eingabe einer Zahl (z. B. Dosis-Flächen-Produkt) auszufüllen sind.

Qualitätsbericht

In diesem Zusammenhang ist der für Krankenhäuser verbindlich vorgeschriebene, strukturierte Qualitätsbericht nach §136b SGB V gemeint.

Qualitätsindikator

„Anzeiger“. Auch: QI, Indikator. Quantitatives Maß zur Bewertung der Qualität einer bestimmten gesundheitlichen Versorgungsleistung, die sich auf das Behandlungsergebnis von Patienten auswirkt. Qualitätsindikatoren bilden Qualität indirekt, d.h. in Zahlen bzw. als Zahlenverhältnis ab. Ein Qualitätsindikator ermöglicht es also, ein Qualitätsziel in eine Zahl zu „übersetzen“.

Qualitätszirkel

Ein Qualitätszirkel ist eine Kleingruppe von sechs bis zwölf Mitarbeitern, die fachübergreifend auf ein bestimmtes Thema bezogen zusammenarbeitet (s.a. S10ff)

Referenzbereich

Festgelegter Ergebnisbereich, mit dessen Hilfe auffällige von unauffälligen Ergebnissen bei Qualitätsindikatoren unterschieden werden können.

Risikoadjustierung

Methode zur Ermittlung und Gewichtung wesentlicher Einflussfaktoren (individueller Risiken) auf die Ausprägung einer Messgröße.

Risikostatistik

Verpflichtende Statistik, die auf Basis der §21 Daten von der QS-Software erstellt wird und zum Abschluss eines Verfahrensjahres fristgerecht zu übermitteln ist. Sie dient der Risikoadjustierung beim QS-Modul Dekubitus.

RM

Abkürzung für Risikomanagement. Das Risikomanagement beschäftigt sich mit der Identifizierung, Analyse und Überwachung von Risiken und der Erarbeitung und Implementierung von präventiven Maßnahmen.

Sentinel-Event

Sehr seltene und schwerwiegende medizinische Ereignisse (z. B. Todesfälle während eines Routineeingriffes). In der Qualitätssicherung zeigt ein Sentinel-Event-Indi-

kator Vorkommnisse an, denen in jedem Einzelfall nachgegangen wird.

SGB

Abkürzung für Sozialgesetzbuch. Buch oder Teil V bezieht sich auf die Krankenversicherung und enthält Regelungen und Vorgaben, die u.a. das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen betreffen.

SMART

Kriterien zur Formulierung von vollständigen und überprüfbareren Zielen: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert.

Sollstatistik

Vollzähligkeitsprüfung. Abgleich der laut QS-Filter-Software zu erwartenden Anzahl von Fällen in einem Leistungsbereich (Soll) mit der Anzahl der tatsächlich durch die Leistungserbringer gelieferten Daten (Ist).

SOP

Abkürzung für Standard Operating Procedure. Schriftliches QM-Dokument mit einer standardisierten Vorgehensweise zu den Schritten eines Prozesses. Wird oft auch als Verfahrensanweisung oder Prozessbeschreibung bezeichnet.

Stellungnahmeverfahren

Überbegriff für Maßnahmen nach der DeQS-RL bei rechnerischen Auffälligkeiten der ausgewerteten Qualitätsindikatoren. Nach Empfehlung der zuständigen Fachkommission wird der Leistungserbringer in der Regel zur schriftlichen Stellungnahme aufgefordert. Nach Bewertung der Stellungnahme wird das Verfahren abgeschlossen oder weitere Vereinbarungen (Maßnahmenstufe 1) getroffen. Darüber hinaus können z. B. bei lückenhafter Erfüllung der Vereinbarungen weitere Maßnahmen (Stufe 2) zur Anwendung kommen.

Validierung

Verfahren zur Überprüfung von QS-Daten einerseits auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität (statistische Basisprüfung), andererseits ihre Übereinstimmung (Konkordanz) mit einer Referenzquelle wie bspw. der Krankenakte (Stichprobenverfahren mit Datenabgleich).

Validität

Übereinstimmung von Aussagen, Daten, Messwerten usw. mit der „Realität“.

Zielvereinbarung

Hier ist eine interne Zielvereinbarung zur Erreichung von Qualitätszielen oder internen QM-Kennzahlen gemeint, die sich aus der Qualitätspolitik ableiten.

§ 21 Daten

Vorgegebenes, standardisiertes Datenformat von Falldaten aus dem KIS, die nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntg von den Krankenhäusern regelmäßig an das InEK zu übermitteln sind.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Susanne Eberl
susanne.eberl@gqmg.de

Catherine Pott
catherine.pott@gqmg.de

Wir bedanken uns bei Karin Kissel, Markus Lehmann, Inge Mayer, Dr. Thomas Petzold, Dr. Sabine Rath, Monika Schröder, Dirk Wolf für Impulse vor allem in der frühen Phase dieses Projektes.

Ebenso ein Dank an Prof. Dr. Malte Raetzell und Sebastian Sassen für die umfangreiche Unterstützung bei der Aktualisierung für die 2. Auflage und an Nina Marx für das englische Abstract.