



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

AG Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche

Arbeitshilfe für die Krankenhaus-Leitung

Handreichung für den klinischen Umgang mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Inhalt

Vorwort	3
1. Generelle Hinweise im Umgang mit Qualitätsindikatoren.....	4
2. Aufgaben des Kompetenzteams Plan-QI.....	6
3. Empfehlungen zur Kommunikation von Ergebnissen der Plan-QI	8
4. Spezifische Hinweise für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	9
5. Gynäkologische Operationen (15/1)	11
6. Geburtshilfe (16/1).....	13
7. Mammachirurgie (18/1)	15
8. Weiterführende Hinweise	16

Vorwort

Diese Handreichung dient der Krankenhaus-Leitung als Orientierung, wie das Management von Qualitätsindikatoren, die durch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als planungsrelevante Qualitätsindikatoren ausgewählt wurden, erfolgen kann. Dazu erfolgt eine Zweiteilung in (i) generelle Hinweise der interdisziplinären Bearbeitung von Qualitätsindikatoren mit Hilfe eines Kompetenzteams und (ii) spezifischen Hinweisen zu den einzelnen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Diese Handreichung stellt eine mögliche Bearbeitungsstrategie dar, die klinikspezifisch modifiziert werden kann.

Die Inhalte der Handreichung orientieren sich an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Veröffentlichungen des IQTIG. Unabhängig von der bisherigen Auseinandersetzung der Klinik mit der externen stationären Qualitätssicherung gemäß §136 SGB V, zielt die Handreichung auf die Befähigung der Kliniken zum Umgang mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c SGB V, die vom Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zum 01.01.2016 in das SGB V eingeführt worden sind. Die Handreichung gibt Empfehlungen zur Koordination, dem Monitoring und dem strukturierten Antwortverhalten einer Klinik im Rahmen planungsrelevanter Qualitätsindikatoren gemäß § 136c SGB V.

1. Generelle Hinweise im Umgang mit Qualitätsindikatoren

Zielgruppe:

Diese praxisorientierte Handreichung richtet sich an die Krankenhaus-Leitung.

Ausgangslage:

Ab 01.01.2017 sind erstmals planungsrelevante Qualitätsindikatoren (Plan-QIs) in Kraft getreten. Auffälligkeiten der Plan-QIs im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung können sich unmittelbar auf die Krankenhausplanung der Länder und damit auf den Versorgungsauftrag Ihres Krankenhauses auswirken. Im ersten Schritt treten Plan-QIs ausschließlich für das Fachgebiet Frauenheilkunde, Mammachirurgie und Geburtshilfe in Kraft.

Ziel:

Unterstützung der Krankenhaus-Leitung durch die Arbeit eines interdisziplinären Kompetenzteams, um potentielle Abweichungen der Plan-QIs zu bearbeiten. Sie finden hier konkrete Handlungsempfehlungen für die Zusammensetzung sowie eine praxisorientierte Anleitung für die zielgerichtete Arbeit des Kompetenzteams Plan-QI.

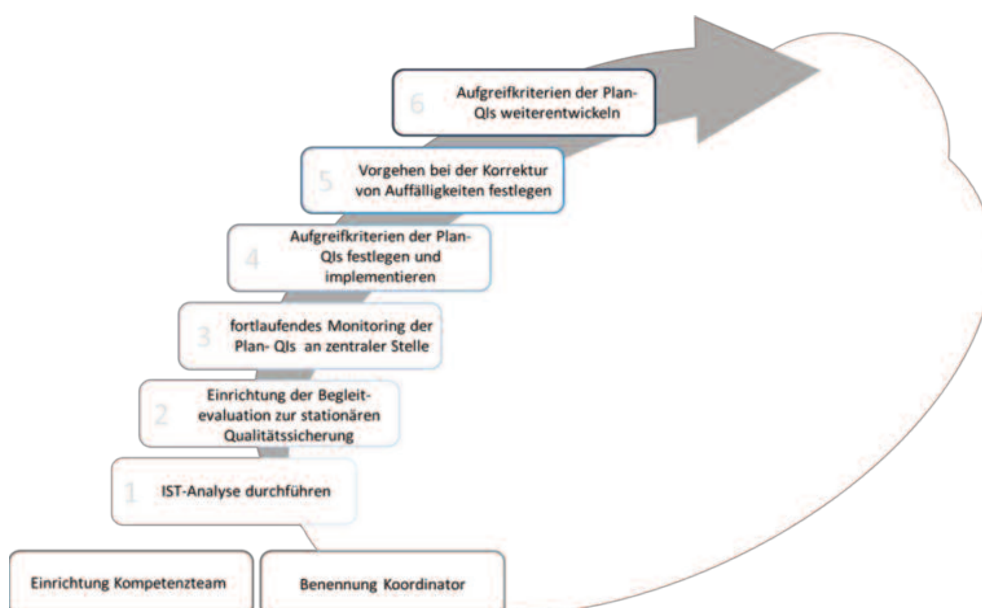
Vorgehen:

Die Krankenhaus-Leitung richtet ein interdisziplinäres Kompetenzteam aus Mitarbeitern der Krankenhaus-Leitung und der relevanten Fachabteilungen ein. Die Arbeit des Kompetenzteams erfolgt unter enger Einbindung des Qualitäts- und Risikomanagements sowie des (Medizin-)Controllings, da die externe stationäre Qualitätssicherung gemäß §136 SGB V (EQS) als Grundlage der Plan-QIs dient. Der Unterschied zwischen den Plan-QI und den anderen QI der EQS liegt in der höheren Dringlichkeit und damit assoziierter, kürzerer Lieferfristen der Plan-QI. Vor dem Hintergrund möglicher unmittelbarer Konsequenzen für den Versorgungsauftrag des Krankenhauses ist ein enges Monitoring durch die Krankenhaus-Leitung zu empfehlen.

Umsetzungszeitpunkt:

Seit 01.01.2017 fließt in den betroffenen Verfahren jeder behandelte Fall, der eine Dokumentationspflicht in der EQS auslöst, in die Dokumentation für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein, so dass die erforderlichen Maßnahmen zeitnah realisiert werden müssen. Alle Beteiligten müssen sich der existentiellen Auswirkung auf die Abteilung bewusst sein.

Umsetzung:



Zieldefinition

Durch die Nutzung ausgewählter Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung für die Landes-Krankenhausplanung steigt die Relevanz und Sichtbarkeit dieser langjährig etablierten Qualitätssicherungsmaßnahme. Daher ist es erforderlich, alle Verantwortlichen und Beteiligten im Krankenhaus über den Hintergrund, die Methodik, die Einsatzmöglichkeiten und die Konsequenzen der externen stationären Qualitätssicherung zu informieren und zu sensibilisieren. Um den steigenden Anforderungen der externen stationären Qualitätssicherung gemäß §136 SGB V zu begegnen, ist die Bildung eines interdisziplinären Kompetenzteams erforderlich, das sich mit den Daten und Ergebnissen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QIs) befasst und externe Anfragen bearbeitet.

Zusammensetzung des Kompetenzteams Plan-QIs

- Leitender Arzt / Leitende Ärztin der Fachabteilung
- abteilungsintern Verantwortliche(r) für das Qualitäts- und Risikomanagement
- Kodierfachkraft der Fachabteilung
- Vertreter des Bereichs (Medizin-)Controlling
- weitere Fachexperten je nach Art der gefundenen Auffälligkeiten in den Plan-QIs

Tabelle 1: Aufgaben des Kompetenzteams Plan-QI

Aufgaben	Zuständigkeit	Zeitpunkt
(1) Ausgangssituation bestimmen (Ist-Analyse)	Krankenhaus-Leitung mit dem Kompetenzteam	Januar 2017
(2) Begleitevaluation der externen stationären Qualitätssicherung vornehmen	(Medizin-)Controlling / Qualitätsmanagement	Monatlich
(3) Fortlaufendes Monitoring der Plan-QIs an zentraler Stelle bewerten	Leitender Arzt der Fachabteilung und Krankenhaus-Leitung	Monatlich
(4) Aufgreifkriterien der Plan-QIs festlegen und implementieren	Kompetenzteam mit Leitendem Arzt der Fachabteilung	Monatlich
(5) Vorgehen und Verantwortlichkeiten	Kompetenzteam	Sofortreaktion
(6) Aufgreifkriterien der Plan-QIs laufend weiterentwickeln	Kompetenzteam	2018

Die Hinweise zum Durchführungsrhythmus sind eine Empfehlung, die von jeder Klinik individuell angepasst werden kann. Die dargestellte Empfehlung ist vor allem für Kliniken hilfreich, die bislang wenig Erfahrung mit der externen stationären Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V haben bzw. wenn interdisziplinäre Arbeitsgruppen neu zu etablieren sind.

2. Aufgaben des Kompetenzteams Plan-QI

(1) Ausgangssituation bestimmen (Ist-Analyse)

Eine erste Überprüfung erfolgt durch das Medizincontrolling, welche und wie viele in der Einrichtung durchgeführte Prozeduren (OPS) und Diagnosen (ICD) zur Auslösung eines QS Bogens führen. Dazu können die Fallzahlen der Sollstatistik genutzt werden oder eigene Nachberechnung QS-Bögen anhand der EQS Rechenregeln erfolgen.

Siehe: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2812/2016-12-15_PlanQI-RL_Erstfassung-PlanQI-RL.pdf

Dabei erfolgt die Evaluation von QS-Ergebnissen der einbezogenen QS-Verfahren (Frauenheilkunde, Mammachirurgie und Geburtshilfe) über ein zu definierendes Zeitintervall und unter Berücksichtigung der getätigten Änderungen.

Beispiel: Adnexe QS Bogen

- Welche Auffälligkeiten gab es in der Klinik in den letzten 5 Jahren
- Welche Auffälligkeiten gab es bundesweit in den letzten 5 Jahren
- Überprüfung der Vergleichbarkeit (Überprüfung der QS-Bögen, ob sich Ausfüllkriterien oder Fragestellungen von Jahr zu Jahr geändert haben)

Die Fälle aus den Vorjahren sind anhand der Liste der Aufgreifkriterien der Plan-QIs zu beleuchten, um eine Bewertung analog der Regeln, die ab 01.01.2017 gelten, für das eigene Haus zu simulieren. Praxisorientierte Beispiele für Aufgreifkriterien folgen in der Übersicht der Plan-QIs.

Dieses Vorgehen erlaubt, Auffälligkeiten zu identifizieren, auf die ab 2017 besonders zu achten ist, und bereits im Vorfeld das Gespräch mit dem zuständigen Fachexperten zu suchen, um wirksame Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Es kann sinnvoll sein, sich in diesem Zusammenhang die Ergebnisse aus der Jahresauswertung gemeinsam durchzusehen sowie die Ergebnisse aus dem strukturierten Dialog der Vorjahre zu berücksichtigen.

(2) Begleitevaluation der externen stationären Qualitätssicherung vornehmen

Die QS-Bögen der Module mit planungsrelevanten QI müssen zeitnah erfasst werden, z. B. mit der Erstellung des Arztbriefes, um eine unmittelbare interne Berechnung der Indikatoren zu ermöglichen. Die Vollständigkeit der QS-Dokumentation sollte von einer zentralen Stelle überwacht und monatlich an die erfassenden Kliniken berichtet werden (z. Bsp. Medizin-Controlling).

Die zentrale Stelle sollte die erfassten QS-Bögen auswerten und die planungsrelevanten QI daraus errechnen. Für die Auswertung werden kommerzielle Tools angeboten. Es wird empfohlen, auch die Ergebnisse durch die Kliniker zu bewerten und im Rahmen der internen Auswertung gegenüber dem Leitenden Arzt der Fachabteilung und an die Krankenhaus-Leitung monatlich zu berichten.

(3) Fortlaufendes Monitoring der Plan-QIs an zentraler Stelle bewerten

Der Leitende Arzt der Fachabteilung und die Krankenhaus-Leitung bewerten die Statusmeldungen zu den laufenden Fällen und veranlassen geeignete Interventionen zu Fällen mit (drohender) Abweichung. Zum Beispiel: bei unvollständiger oder fehlerhafter Dokumentation Schulung der ausführenden Mitarbeiter. Es muss berücksichtigt werden, dass hier mehrere Berufsgruppen beteiligt sein können.

a) Bögen, die rein operative Fälle betreffen (Ausfüllverantwortlichkeit beim Arzt)

b) Bögen z. B. Geburt, die von mehreren Berufsgruppen ausgefüllt werden (Arzt, Hebamme, Pflegefachkraft), und die zwei Bögen beinhalten (Mutter und Kind) die sowohl operativ (Sektio) als auch konservativ (Spontangeburt), sein können.

(4) Aufgreifkriterien der Plan-QIs festlegen und implementieren

Aufgabe des Kompetenzteams ist es, zu jedem Plan-QI:

- festzuhalten, wie die Behandlung im Einzelfall ablaufen soll, damit keine Abweichung vom Qualitätsziel auftritt.
- beim Hinweis auf eine Abweichung im konkreten Behandlungsfall im ersten Schritt vorliegende Dokumentationsfehler zu identifizieren und zu korrigieren sowie vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen, um künftigen Dokumentationsfehler an dieser Stelle wirksam vorzubeugen.
- falls tatsächlich eine Abweichung eingetreten ist, zu klären, wie zeitnah eine Ursachenanalyse im Sinne einer Prävention oder Prozessverbesserung angestoßen werden kann.
- insbesondere für den vorliegenden Einzelfall mit der Abweichung im Kompetenzteam eine solide Argumentationsbasis für den strukturierten Dialog zu entwickeln.

(5) Vorgehen und Verantwortlichkeiten

Im Falle der Feststellung von Auffälligkeiten an zentraler Stelle ist zu klären:

- Bei wem geht die Meldung ein und wie ist die weitere Kommunikation?
- Wer ist zuständig für die Umsetzung der Anforderungen?
- z. B. Bereitstellung der Patientenakten zur Einsichtnahme
- Wie positioniert sich das Krankenhaus zur eingetretenen Abweichung?
- Das Kompetenzteam analysiert und bewertet hierzu die Akten und Patientenverläufe im Vorfeld und entwickelt eine Empfehlung.
- Die Krankenhaus-Leitung beauftragt ein Mitglied des Kompetenzteams mit der Koordination des gemeinsamen Vorgehens bei der Feststellung von Auffälligkeiten.

(6) Aufgreifkriterien der Plan-QIs weiterentwickeln

- Der Umgang des Krankenhauses mit auftretenden Abweichungen in Bezug auf die Plan-QIs muss sich erst etablieren. Die Arbeitsabläufe des Kompetenzteams sind daher im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses fortlaufend praxisorientiert weiterzuentwickeln.
- Es steht zu erwarten, dass weitere der bestehenden Qualitätsindikatoren zu Plan-QIs erklärt werden. Aufgabe des Kompetenzteams ist es daher auch, flankierend zu diesen neuen Entwicklungen passende neue Aufgreifkriterien zu entwickeln.

3. Empfehlungen zur Kommunikation von Ergebnissen der Plan-QI

Eine wesentliche Grundlage der Zusammenarbeit des Kompetenzteams mit der Krankenhaus-Leitung bildet eine geplante Kommunikation. Hierüber kann sowohl die enge Einbindung aller beteiligten Mitarbeiter als auch die zeitnahe Verfügbarkeit erforderlicher Informationen sichergestellt werden. Die unten aufgeführte Besprechungsmatrix bietet an dieser Stelle eine Möglichkeit der Umsetzung.

Tabelle 2: Besprechungsmatrix zur Datenermittlung/-bewertung Plan-QIs

Teilnehmer	Zeitpunkt ¹	Information	Beschlüsse	Protokoll ja/nein
Medizin-Controlling und Koordinator des Kompetenzteams	regelmäßig am 15. eines jeden Monats	<ul style="list-style-type: none"> • Datenanalyse der Plan-QIs des Vormonats 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenfreigabe • Weitergabe der Daten an das Kompetenzteam • Vorschlag zur Einladung weiterer Fachexperten 	ja
Kompetenzteam	regelmäßig am 20. eines jeden Monats	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll und Datenanalyse Medizin-Controlling/QM • Analyse der stat. Auffälligkeit und Bewertung durch die Fachabteilung • Bewertung durch das Kompetenzteam • Mitteilung gegenüber der Leitung der Fachabteilung und des Krankenhauses 	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfergebnisse der Aufgreifkriterien von Plan-QIs • Vorschläge zur Weiterentwicklung der Aufgreifkriterien • Planung relevanter Verbesserungsmaßnahmen 	ja
Leitender Arzt der Fachabteilung und KH-Leitung	regelmäßig am 1. – 7. des lfd. Monats	Protokoll der Kompetenzteamsitzung vom 20. des Vormonats	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der Prüfergebnisse zu den Plan-QIs, • Beschlüsse zur Weiterentwicklung der Aufgreifkriterien • Beschlüsse zur Planung relevanter Verbesserungsmaßnahmen 	ja
KH-Leitung und Kompetenzteam	quartalsweise	Protokolle der Kompetenzteamsitzungen des abgelaufenen Quartals	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring und Bewertung der Quartalsergebnisse • bei Bedarf Anpassung der strategischen Planung 	ja

Dringliche Sitzungen bei der Feststellung von Auffälligkeiten werden darüber hinaus durch den Koordinator des Kompetenzteams anlassbezogen organisiert.

¹ Der Turnus ist eine Empfehlung der Arbeitsgruppe der GQMG. Als Kommunikationskanäle sollten bestehende Strukturen genutzt werden.

4. Spezifische Hinweise für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Durch das IQTIG wurden elf planungsrelevante Qualitätsindikatoren benannt², die ab 01.01.2017 genutzt werden:

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen (15/1)		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe (16/1)		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten (Prozessindikator)	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten (Prozessindikator)	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie (18/1)		
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS (Prozessindikator)	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %

Für die Qualitätsindikatoren mit Planungsrelevanz sind die Rechenregeln bereits veröffentlicht. Daher ist es wesentlich, neben dem Verständnis für die verwendeten Begrifflichkeiten in den Qualitätsindikatoren, die Inhalte der aktuellen Qualitätsindikatorendaten zu kennen, z. B.:

- Welche Felder des jeweiligen Leistungsbereichs werden für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet?
- Sind ggf. Leitlinien zu beachten?

Die Angaben in der regulär zum 28. Februar eines Jahres veröffentlichten Qualitätsindikatorendatenbank können weitere Informationen enthalten, die für einzelne Indikatoren nähere Erläuterungen für den Strukturierten Dialog enthalten:

- "Erläuterung zum Referenzbereich" - Beispiel: Leistungsbereich Geburtshilfe (16/1) QI-ID 1058 für das Jahr 2015: "Die Bundesfachgruppe hält bei jedem einzelnen kritischen Indikatorereignis „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt größer als 20 Minuten“ eine Analyse im Strukturierten Dialog für erforderlich. Der Referenzbereich dieses Indikators wird deshalb als „Sentinel-Event“ definiert. Die Bundesfachgruppe empfiehlt, im Strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern zu berücksichtigen, ob ein kritisches

² Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren vom 15.12.2016. Abgerufen von https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_BAnz.pdf am 16.12.2016

Outcome bei den betroffenen Kindern (5-Minuten-Apgar unter 5 und metabolische Azidose mit pH-Wert unter 7) vorgelegen hat."

- "Erläuterung zum Strukturierten Dialog" - Beispiel: Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (15/1) QI-ID 12874 für das Jahr 2015: "Erkenntnisse aus den Strukturierten Dialogen zu diesem Indikator weisen auf Fälle hin, in denen der QS-Dokumentationsbogen aufgrund interner Abläufe geschlossen wird, obwohl der histologische Befund noch nicht eingetroffen ist. Aus Sicht der Bundesfachgruppe sollten die klinikinternen Prozesse jedoch so geregelt sein, dass der Dokumentationsbogen erst dann geschlossen wird, wenn der histologische Befund vorliegt. Daher wird empfohlen, fehlerhafte Dokumentationen in diesem Indikator, wenn sie jährlich wiederholt auftreten, als qualitativ auffällig zu bewerten."

5. Gynäkologische Operationen (15/1)

10211 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund

Trigger:

Histologisch aufbereitetes Präparat ohne pathologischen Befund.

OPS Code (Ovarialeingriff) ohne nachfolgende histologische Aufbereitung

In diesen Fällen erfolgt eine operative Ovar- und/oder Adnexentfernung. Die entnommenen Organe werden einer feingeweblichen Untersuchung (Histologie) unterzogen. In den oben genannten Fällen ergibt diese Untersuchung keinen krankhaften Befund. Die QS wird immer dann ausgelöst, wenn die organerhaltende, operative Prozedur (das Entfernen der Organe) kodiert wird; nicht dann wenn das Organ krankhaft verändert ist.

Die Entnahme gesunder Organe kann vorkommen: z. B. im Rahmen einer anderen Operation zur Prophylaxe, als selbständiger Eingriff bei High Risk tumorgefährdeten Patientinnen (Familienanamnese).

Sofort-Maßnahme:

Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren

- Kongruenz zwischen OP Bericht und histologischer Befundung überprüfen:
Übereinstimmung zwischen Präparatentnahme im OP Bericht und aufbereiteten Präparaten?
- Patientenakte auf eine stichhaltige Argumentation zur medizinischen Indikationsstellung überprüfen und adäquat in den fallbezogenen Unterlagen dokumentieren,
z. B. Sonderfall prophylaktischer Entfernung bei familiär gehäuft auftretenden Tumorerkrankungen,
z. B. Einzelfall einer postmenopausalen Patientin bei sonografisch gesichertem hohem Malignitätsverdacht und individuell hohem Komplikationsrisiko bei Narkosezeitverlängerung durch Schnellschnittdiagnostik
- Es sollte überprüft werden inwieweit die Indikation zur Resektion zu großzügig gestellt wurde bzw. ob die Kriterien der Indikationsstellung leitliniengerecht sind.

Mittelfristige Maßnahmen:

Zu überprüfen sind:

- Prozess Befundsichtung durch den Arzt und parallel Befundweiterleitung ins KIS
- Archivordnung
- Schulungen zur ärztlichen Dokumentation

Die fallbezogenen Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereitzuhalten.

12874 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung

Trigger:

OPS Code (Ovarialeingriff) ohne nachfolgende histologische Aufbereitung

Sofort-Maßnahme:

Vorliegende Dokumentationsfehler sind zu korrigieren. Es ist zu klären:

- ob Präparat versendet worden ist: Abgleich mit OP Bericht?
- ob Befund in der Einrichtung eingegangen ist?
- ob Befund archiviert wurde?

Mittelfristige Maßnahmen:

- Präparateversand einrichtungswert analysieren und ggf. verbessern
- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

51906 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

Trigger:

Bezeichnung des Qualitätsindikators

Sofort-Maßnahme:

- Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren
- Analyse von Häufungen (von Behandlungszeiten, Wochentagen, Personen)

Mittelfristige Maßnahmen:

- Sicherstellung einer vollständigen und korrekten Anamnese (Vorbehandlung im OP Gebiet)
- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

6. Geburtshilfe (16/1)

318 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Trigger:

Entbindung einer Frühgeburt erfolgte ohne Anwesenheit eines Pädiaters

Sofort-Maßnahme:

- Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren:
Kommunikationsprozess: "Entbindung einer lebendgeborenen Frühgeburt" überprüfen, *ob tatsächlich kein Pädiater anwesend oder ob ggf. das Gestationsalter falsch angegeben ist*
- Intern regeln, welche Möglichkeiten es gibt, die Verfügbarkeit eines Pädiaters zu gewährleisten. Ggf. externen niedergelassenen Kollegen einbinden.
- Falls Verfügbarkeit eines Pädiaters nicht verbessert werden kann, können Risikoschwangerschaften mit drohenden Frühgeburten nicht aufgenommen werden oder müssen zur weiteren Versorgung in ein anderes Haus verlegt werden. Zu regeln mit Zentraler Notaufnahme, Rettungsleitstelle und weiteren externen Betroffenen, z. B. den Einweisern.

Mittelfristige Maßnahmen:

- Überprüfung der Fallstatistik, ob bereits kritischer Grenzwert erreicht;
- falls ja: fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

330 Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Trigger:

Schwangere mit Geburtsbestrebungen vor Vollendung der 34. SSW

Sofort-Maßnahme:

Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren

- Es ist zu klären, ob ein Versäumnis vorliegt

Mittelfristige Maßnahmen:

- Überprüfung interner Regelungen, falls die Therapie wegen fehlender Vorgaben noch nicht durchgängig erfolgt
- Warnung über QS Softwarehersteller, wenn der berechnete, ggf. korrigierte Geburtstermin im QS-Bogen Modul 16/1 ein Gestationsalter unter 34 Schwangerschaftswochen (SSW < 34) ausweist und keine Antenatale Kortikosteroidtherapie erfolgt ist
- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

1058 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Trigger:

E-E Zeit > 20 Minuten

Sofort-Maßnahme:

- Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren
- Reflexion der Definition Notfall Kaiserschnitt:
Definitionen klären und entsprechend der Definition dokumentieren (Sekundäre Sektio, eilige Sektio, Notfallsektio)
- Überprüfung der Kommunikationskette
- Bei Häusern, die gleichzeitig Traumazentren sind, können Engpässe beim Ärztlichen Dienst der Anästhesie auftreten, die zu einer Verlängerung der E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitten führt. Dafür ist entsprechend Vorsorge zu treffen, damit ein zusätzlicher Anästhesist abrufbar ist.

Mittelfristige Maßnahmen:

- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

50045 Perioperative Antibiotikaprohylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Trigger:

Fehlende Antibiotikaprohylaxe im Perinatalbogen

Sofort-Maßnahme:

- Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren
- Überprüfung der Dokumentation im Anästhesieprotokoll, OP Bericht, Geburtsprotokoll
- Überprüfung der Indikation

Mittelfristige Maßnahmen:

- Pflichtfelder für Dokumentation im OP Bericht definieren
- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

51803 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Trigger:

Auffälligkeit bei APGAR oder Blutgasanalyse Nabelschnurarterie

Sofort-Maßnahme:

- Ist die patientenindividuelle Dokumentation vollständig und richtig (z. B. CTG-Verläufe, Geburtsprotokolle)
- Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren
- Medizinprodukt prüfen
- Diagnosestellung prüfen
- Überprüfung des gesamten Ablaufes "Blutentnahme"

Mittelfristige Maßnahmen:

- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

7. Mammachirurgie (18/1)

2163 Primäre Axilladissektion bei DCIS

Beachtung der Leitlinie³ (S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Präinv-3b)

Sofort-Maßnahme

- Vorliegende Dokumentationsfehler korrigieren
- fallbezogene Unterlagen auf eine stichhaltige Argumentation zur medizinischen Indikationsstellung überprüfen und adäquat in den fallbezogenen Unterlagen dokumentieren, z. B. sehr ausgedehnte DCIS-Fälle mit notwendiger Ablatio, z. B. DCIS im oberen äußeren Quadranten ohne Möglichkeit der sekundären Sentinel-Biopsie (Sentinel-Node nicht mehr nachverfolgbar)

Mittelfristige Maßnahmen:

- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten.

52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Beachtung der Leitlinie² (S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Früh-3, Stag-6)

Sofort-Maßnahme:

Vorliegende Dokumentationsfehler sind zu korrigieren. Es ist zu klären:

- warum die Präparate/Radio- Sonographie nicht durchgeführt wurde (Begründung)
- ob Befund archiviert wurde?

Mittelfristige Maßnahmen:

- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Beachtung der Leitlinie² (S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Früh-3, Stag-6)

Sofort-Maßnahme:

Vorliegende Dokumentationsfehler sind zu korrigieren. Es ist zu klären:

- warum die Präparate/Radio- Sonographie nicht durchgeführt wurde (Begründung)
- ob Befund archiviert wurde?

Mittelfristige Maßnahmen:

- fallbezogene Unterlagen für die Stellungnahme im strukturierten Dialog bereithalten

³ AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

8. Weiterführende Hinweise

Die Übersicht der aktuellen Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten anlassbezogene Hinweise, die unter folgendem Link abgerufen werden können:

<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/3/>

Informationsschreiben des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2016/IQTIG_Mitteilung_Krankenhaeuser_2016-12-21.pdf

Bei Nachfragen zu den Inhalten der Handreichung stehen Ihnen die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Kennzahlen und externe Qualitätsvergleiche“ der GQMG zur Verfügung.

Korrespondenzadresse

Susanne Rode

rode@geqik.de

GQMG-Arbeitsgruppe Kennzahlen und externer Qualitätsvergleich
unter der Leitung von Susanne Rode und Thomas Petzold

Die GQMG ist eine seit 1993 bestehende Gesellschaft mit Sitz in Düsseldorf und Geschäftsstelle in Köln, 600 Mitgliedern aus allen Berufen und Bereichen im Gesundheitswesen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz und einem breiten Themenspektrum zu Qualität und Management in der Gesundheitsversorgung.

Ihre Zielsetzungen sind die...

- ... Entwicklung und Bewertung von Konzepten, Methoden und Instrumenten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements,
- ... Positionsbestimmung zu Qualitätsfragen im gesundheitspolitischen Umfeld,
- ... Unterstützung bei der Implementierung und praktischen Umsetzung in den Einrichtungen des Gesundheitswesens,
- ... Kooperation mit Fachgesellschaften und Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene,
- ... Anregung wissenschaftlicher Vorhaben und Verbreitung von Forschungs- und Entwicklungsergebnissen.



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e.V.

Geschäftsstelle
Industriestraße 154
D-50996 Köln

Telefon +49 2236 9696188
Telefax +49 2236 9696189

E-Mail info@gqmg.de
Web www.gqmg.de