

# Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement verbinden

16. Krankenhaus-Qualitätstag NRW  
am 19.5.2022

Dr. med. Susanne Eberl



in Zusammenarbeit mit der  
Gesellschaft für Qualitätsmanagement  
in der Gesundheitsversorgung e. V.  
(GQMG)



Sprecherin AG Kennzahlen und  
externe Qualitätsvergleiche  
GQMG e.V.

Leiterin Qualitätsvergleiche  
Qualitätsmanagement und klinisches  
Risikomanagement  
Sana Kliniken AG



# Sana Kliniken AG

Ein Kurzüberblick der wesentlichen Fakten zur Sana



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



Über 120  
medizinische  
Einrichtungen  
(Kliniken, MVZ und  
Sanitätshäuser)



36.000 Mitarbeiter  
versorgen jährlich  
1,8 Millionen  
Patienten<sup>1)</sup>



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

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

# Qualitätssicherung im Krankenhausbereich



Eine entscheidende Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem ist die Qualitätssicherung. Darunter wird die Sicherung und Verbesserung der Qualität insbesondere der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten verstanden. Durch die Qualitätssicherung können die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht und wirtschaftlich versorgt werden.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.html>, Zugriff am 19.März 2020

# Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung



## Qualitätsmanagement (QM)

...ist „die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen“. (Deutschen Gesellschaft für Qualität, DGQ)

Qualitätsmanagement (QM) beschäftigt sich mit der **strukturierten und geplanten Vorgehensweise**, Anforderungen zu erfassen und zu erfüllen.

Dabei stehen Kunde, Produkte und Dienstleistungen, Prozesse, die Organisation im Fokus unter Betrachtung strategischer und operativer Aspekte.

## Qualitätssicherung (QS)

... ist ein Teil des Qualitätsmanagements und befasst sich mit der Durchführung geplanter und systematischer Tätigkeiten, um Vertrauen zu schaffen, dass die Qualitätsanforderungen erfüllt werden. (DIN EN ISO 9000:2015 3.3.6)

Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach §135a SGB V:  
Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden QS



**Interne QS:** Die Einrichtung selbst ergreift Maßnahmen, um die Behandlungsqualität zu messen, zu dokumentieren und zu verbessern.



**Externe Maßnahmen** sind einrichtungsübergreifend und ermöglichen einen Leistungsvergleich zwischen den Häusern.

# QM-Richtlinie des G-BA - Verbindung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung



## Teil A

### Sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein **einrichtungsspezifisches Qualitätsmanagement**

#### § 1 Ziele des Qualitätsmanagements

<sup>1</sup>Unter Qualitätsmanagement ist die systematische und kontinuierliche Durchführung von Aktivitäten zu verstehen, mit denen eine anhaltende Qualitätsförderung im Rahmen der Patientenversorgung erreicht werden soll. <sup>2</sup>Qualitätsmanagement bedeutet konkret, dass Organisation, Arbeits- und Behandlungsabläufe festgelegt und zusammen mit den Ergebnissen regelmäßig intern überprüft werden. <sup>3</sup>Gegebenenfalls werden dann Strukturen und Prozesse angepasst und verbessert. <sup>4</sup>Gleichzeitig soll die Ausrichtung der Abläufe an fachlichen Standards, gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen in der jeweiligen Einrichtung unterstützt werden. <sup>5</sup>Die Vorteile von Qualitätsmanagement als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patientensicherheit sollen allen Beteiligten bewusstgemacht werden. <sup>6</sup>Eine patientenorientierte Prozessoptimierung sowie die Patientenzufriedenheit stehen im Mittelpunkt. <sup>7</sup>Zusätzlich soll Qualitätsmanagement dazu beitragen, die Zufriedenheit aller am Prozess Beteiligten zu erhöhen.

<sup>8</sup>Qualitätsmanagement muss für die Einrichtung, ihre Leitung und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Patientinnen und Patienten effektiv und effizient sein und eine Sicherheitskultur befördern. <sup>9</sup>Erkenntnisse aus und Ergebnisse von interner und externer Qualitätssicherung sind in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einzubinden.

<sup>10</sup>Ziele und Umsetzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements müssen jeweils auf die einrichtungsspezifischen und aktuellen Gegebenheiten bezogen sein. <sup>11</sup>Sie sind an die Bedürfnisse der jeweiligen Patientinnen und Patienten, der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzupassen. <sup>12</sup>Dabei können die Einrichtungen bei der Einführung und Umsetzung ihres Qualitätsmanagement-Systems eine eigene Ausgestaltung vornehmen oder auf vorhandene Qualitätsmanagement-Verfahren bzw. -Modelle zurückgreifen.



## Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über grundsätzliche Anforderungen an ein  
einrichtungsspezifisches Qualitätsmanagement für  
Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,  
Vertragspsychotherapeutinnen und  
Vertragspsychotherapeuten, medizinische  
Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und  
Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

in der Fassung vom 17. Dezember 2015  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 15.11.2016 B2)  
in Kraft getreten am 16. November 2016

zuletzt geändert am 17. September 2020  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 08.12.2020 B2)  
in Kraft getreten am 9. Dezember 2020

[https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL\\_2020-09-17\\_iK-2020-12-09.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL_2020-09-17_iK-2020-12-09.pdf)

# Datenmanagement

- MDK-Reformgesetz
- Vorverlegung der Datenlieferfristen für die Verfahren der DeQS-RL ab 2022
- Anhaltspunkt bezogene Kontrollen durch die MD QK-Richtlinie

## Datenerfassung

- beginnt **zeitnah** mit der Patientenaufnahme und Auslösen des QS-Bogens
- erfolgt behandlungsbegleitend **durch leitende Ärzte/Pflege**
- wird in **interprofessionellen** Fallbesprechungen von Arzt/Pflege, Kodierung, QS-Beauftragtem **abgeglichen**
- endet mit der **Entlassung** des Patienten

➔ Schlägt sich in den Ergebnisse der Qualitätsindikatoren nieder

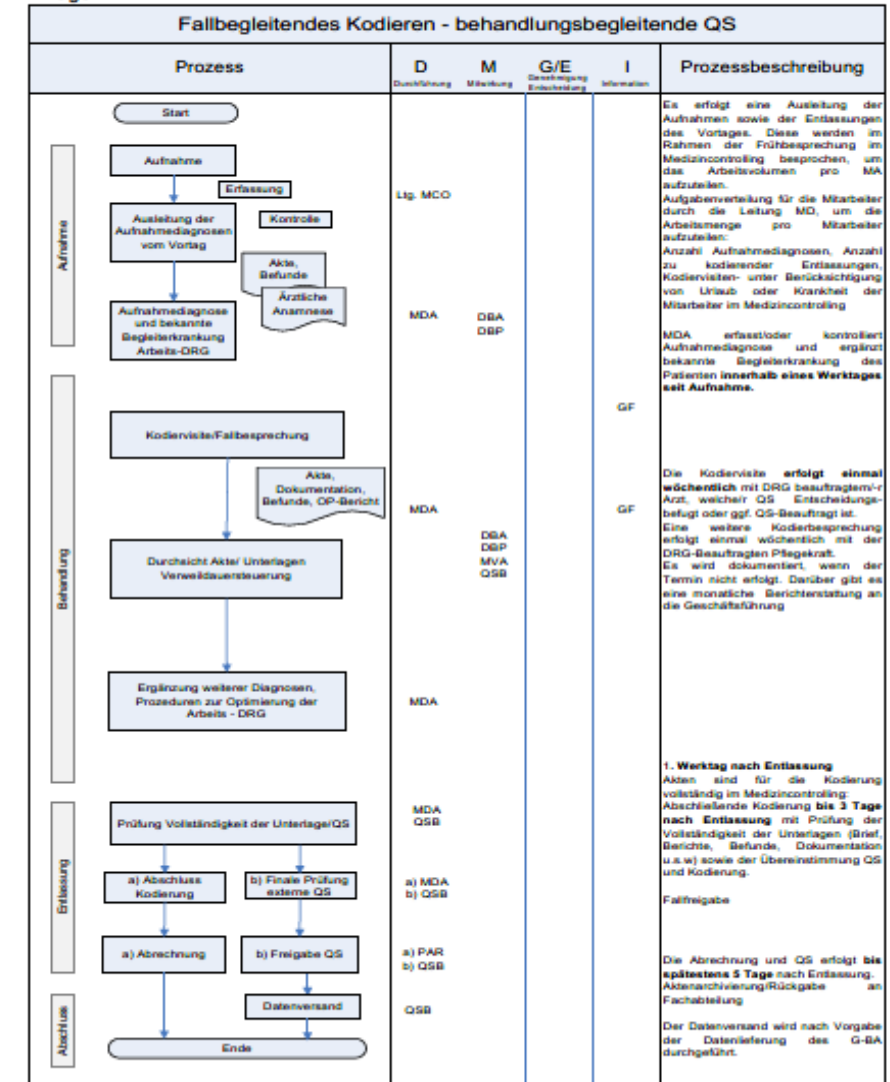
- ❖ Dokumentationsauffälligkeit
- ❖ Rechnerische Auffälligkeit
- ❖ Auffälligkeit in der Qualität

## Fallbegleitende Kodierung und behandlungsbegleitende QS – Dokumentation zum gemeinsamen Fallabschluss

### Verfahrensanweisung



#### Anlage:



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

\* siehe -> mit Checkliste Fallbegleitende Kodierung und behandlungsbegleitende QS



Monitoring der  
Ergebnisse von  
Qualitätsindikatoren



# Ergebnisse von Qualitätsindikatoren

**IQTIG**  
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Startseite Das IQTIG Aktuelles Ergebnisse Datenerfassung **QS-Verfahren**

QS-Verfahren » QSKH-RL » **QS-Verfahrensgebiete**

**QS-Verfahrensgebiete**

Indirekte Verfahren Direkte Verfahren

Gefäßchirurgie

Gynäkologie

Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Mammachirurgie

Orthopädie / Unfallchirurgie

Perinatalmedizin

Pflege

Pneumonie

**hamburger  
krankhauspiegel**  
qualität • offentlich • vertrauen

Hamburger Krankenhauspiegel » Startseite

**Startseite**

Qualitätsergebnisse A-Z

Krankhausportraits A-Z

Medizinische Informationen A-Z

Geburtskliniken in Hamburg

Hilfe im Notfall

Über den Krankenhauspiegel

Kontakt

Ihre Meinung

**Die Qualität der Hamburger Krankenhäuser**

Im Hamburger Krankenhauspiegel legen 29 Hamburger Krankenhäuser medizinische Qualität zu 16 besonders häufigen bzw. komplizierten Behandlungsgebieten offen; einige davon untergliedern sich in Teilbereiche. Insgesamt die Qualitätsergebnisse von 23 Behandlungsgebieten gezeigten Qualitätsergebnisse werden jährlich neu in einem aufwendigen Verfahren von unabhängigen Einrichtungen ermittelt.

**Jetzt NEU im Krankenhauspiegel Geburtskliniken in Hamburg**

Hier finden Sie eine Karte mit allen Hamburger Geburtskliniken sowie mit speziellen Informationen zu jeder Geburtshilfe-Abteilung.

**Vermissten Sie ein Behandlungsgebiet?**

Im Hamburger Krankenhauspiegel wird lediglich ein Ausschnitt der möglichen

Qualitäts-  
ergebnisse

Krankhaus-  
portraits

Medizinische  
Informationen

**German Inpatient Quality Improvement Program**

**G-IQI Version 3.0**

Technische Umsetzung  
3M Health Information Systems

**Dokumentation in der 3M Re...**

**3M Health Information Systems**

Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH  
Standort Neuss  
Hammfeldamm 11 / 41453 Neuss  
Telefon 02131 / 14-42 40 / Telefax 02131 / 14-42 42  
Standort Berlin  
Sophie-Charlotten-Str. 15 / 14059 Berlin  
Telefon 030 / 32 67 76-0 / Telefax 030 / 32 67 76-54

Hier erreichen Sie den 3M Datenservice:  
E-Mail 3mdatenservice@mmm.com  
Telefon 02131 / 14-41 93 / Telefax 02131 / 14-12 41 93  
3mhisdataservices.com/portal  
www.3m.de/his

**Sana Klinik München GmbH**

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

**AOK-Gesundheitsnavigator**

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

- ✓ Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
- ✓ Aufzug mit Rollstuhl
- ✓ Gut lesbare Schrift

**Qualität nach IQTIG**

Ergebnisse für  
»Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Qualitätsindikator	Ergebnis	Referenzbereich / Bundesdurchschnitt
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	0.61 Fälle: 1291	0 bis höchstens 2,81 Ø: 1.02
Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	99,9 Fälle: 1934	100 bis mindestens 90,00 Ø: 97,65

Sektion Notfall- & Intensivmedizin & Schwerverletztenversorgung  
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

AUC - Akademie der Unfallchirurgie GmbH

**Jahresbericht 2021**

**TraumaRegister DGU®**

Allgemeiner Jahresbericht

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR UNFALLCHIRURGIE

AUC Akademie der Unfallchirurgie GmbH

**QSR-Klinikbericht**

Verfahrensjahr 2021  
Berichtsjahr 2017–2019 mit Nachbeobachtung 2020

260940198 Sana Klinikum Hof GmbH

**Kennzahlenauswertung 2021**

**Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren**

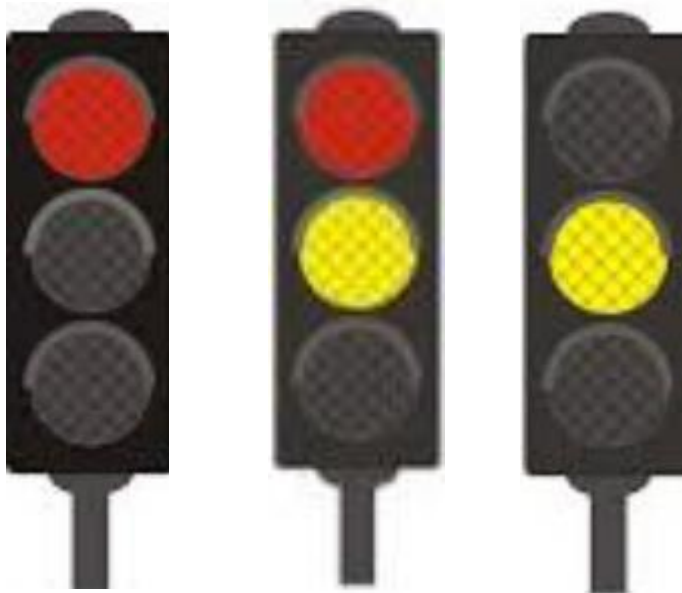
Auditjahr 2020 / Kennzahlenjahr 2019

Deutsche Gesellschaft für Senologie

DKG KREBSGESELLSCHAFT



# Wann ist ein Qualitätsindikator auffällig?



- jeder sentinel event
- Abweichung vom Referenzwert
  - jedes planungsrelevanten QI
  - von QI in einem oder mehreren Leistungsbereichen
  - über mehrere Jahre in der Zeitreihe



Verfahrensjahre 2016 • QI-Verfahren • 16/1 Colourschleife									
QI	QI-PU	QI-Cross	QI-Info	QI-R	Qualitätsindikatoren				
Modul	Bezeichnung	Status	Ergebnis	Zielwert	QI	Referenz	Ziel		
01/1	Herzschrittmacher-Implantation	98,70%	102	104	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/3	Herzschrittmacher-Revisory-System	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/4	Implantierbare Defibrillatoren-Impl...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/5	Implantierbare Defibrillatoren-Revis...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/6	Kardiale Resynchronisation	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/7	Cyberkardio Operationen	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/8	Geburtschilfe	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit o...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit o...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/11	Knieendoprothesenversorgung	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/12	Mammachirurgie	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/13	Perkutane Koronarintervention und...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/14	Perkutane Koronarintervention und...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/15	Dehikatheterprophylaxe	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/16	Neonatalogie	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/17	Anbakteriell erworbene Pneumonie	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/18	Schlaganfall ACR	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/19	Schlaganfall Berlin	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/20	Schlaganfallversorgung Baden-Wür...	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		
01/21	Schlaganfall-Strokebehandlung Bayern	98,00%	98	100	>= 95,00%	>= 95,00%	>= 95,00%		

# Monitoring von Qualitätsindikatoren

im QuIS

Ergebnisdarstellung

GIQI_46_1_Schenkelhalsfraktur (Alter > 19 Jahre), Anteil Todesfälle												
	2018 (gesamt)				2017 (gesamt)				2016 (gesamt)			
Krankenhaus	Ergebnis		Zähler	Nenner	Ergebnis		Zähler	Nenner	Ergebnis		Zähler	Nenner
1	●	0,00%	0	2	●	0,00%	0	6	●	0,00%	0	2
2	●	0,00%	0	1	●	0,00%	0	1				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10	●	0,00%	0	6	●	0,00%	0	3	●	50,00%	1	2
11	●	0,00%	0	44	●	0,00%	0	22	●	0,00%	0	32
12	●	0,00%	0	10	●	0,00%	0	2	●	0,00%	0	9
13	●	0,00%	0	10	●	6,67%	1	15				
14	●	0,00%	0	53	●	5,97%	4	67	●	6,67%	3	45
15	●	0,00%	0	2	●	0,00%	0	4	●	0,00%	0	10
16	●	0,00%	0	71	●	4,55%	3	66	●	3,17%	2	63
17	●	2,13%	2	94	●	5,15%	5	97	●	4,71%	4	85
18	●	2,15%	2	93	●	2,50%	2	80	●	2,41%	2	83
19	●	2,17%	1	46	●	9,76%	4	41	●	6,98%	3	43
20	●	2,22%	1	45								
21	●	2,56%	2	78	●	2,56%	2	78	●	6,35%	4	63
22	●	3,85%	2	52	●	9,62%	5	52	●	7,25%	5	69
23	●	3,95%	3	76	●	3,37%	3	89	●	4,82%	4	83
24	●	4,00%	3	75	●	5,13%	4	78	●	5,33%	4	75
25	●	4,08%	2	49	●	4,17%	2	48	●	2,27%	1	44
26	●	4,11%	3	73	●	6,25%	3	48	●	5,41%	4	74
27	●	4,40%	4	91	●	6,17%	5	81	●	1,90%	2	105
28	●	4,46%	5	112	●	3,25%	4	123	●	6,25%	6	96
28	●	4,55%	3	66	●	3,08%	2	65	●	6,15%	4	65
30	●	4,76%	2	42	●	2,94%	1	34	●	6,25%	2	32
31	●	5,26%	4	76	●	4,11%	3	73	●	5,00%	3	60
32	●	5,83%	6	103	●	5,68%	5	88				
33	●	6,14%	7	114	●	1,94%	2	103	●	5,68%	5	88
34	●	6,67%	5	75	●	5,26%	4	76	●	12,12%	8	66
35	●	7,06%	6	85	●	2,74%	2	73	●	6,67%	5	75
36	●	7,10%	11	155	●	2,86%	4	140	●	4,08%	6	147
37	●	7,14%	3	42	●	5,36%	3	56	●	4,17%	2	48
38	●	7,14%	1	14	●	0,00%	0	9	●	0,00%	0	12
39	●	7,95%	7	88	●	5,13%	4	78	●	3,92%	2	51
40	●	8,20%	5	61	●	13,21%	7	53	●	3,70%	2	54
41	●	8,21%	11	134	●	4,72%	6	127	●	5,60%	7	125
42	●	8,25%	8	97								
43	●	8,47%	5	59	●	14,06%	9	64	●	4,55%	3	66
44	●	9,43%	5	53	●	7,58%	5	66	●	9,26%	5	54
45	●	14,29%	8	56	●	4,76%	2	42	●	5,88%	3	51
46	●	14,29%	4	28	●	4,17%	1	24	●	4,76%	1	21
47	●	15,15%	10	66	●	4,23%	3	71	●	11,11%	8	72
48	●	25,00%	1	4	●	0,00%	0	3				
Referenzwert	RW ≤ 5,50%				RW ≤ 5,50%				RW ≤ 5,40%			

## Überwachung der Ergebnisse in der Zeitreihe

# Ergebnisse aus Routinedaten



IQM Qualitätsindikatoren G IQI 5.1				IQM Gesamt				
					KH 1	KH 2	KH 3	KH 4
Zeitraum: 01.01. - 30.06.2018				Rate	Rate	Rate	Rate	Rate
Erkrankungen des Herzens				Rate	Rate	Rate	Rate	Rate
Angebotsbreite Erkrankungen des Herzens	Bewertung		( e )		93%	93%	14%	
Leistungsmenge Erkrankungen des Herzens	Bewertung		( e )		80%	89%	25%	
Ergebnis Erkrankungen des Herzens	Bewertung		( e )		25%	100%	100%	
1 - Herzinfarkt				+++++				
1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	< Erwartungswert	8,5%	( a )	8,06%	12,27%	3,65%	9,09%	
Hauptdiagnose Herzinfarkt, SMR	< 1,0			0,97	1,63	0,47	0,79	
1.31 - Hauptdiagnose Herzinfarkt, Direktaufnahmen ohne Verlegungen (Alter >19), Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	10,2%	( a )	9,14%	12,73%	3,86%	27,27%	
1.32 - Hauptdiagnose Herzinfarkt, Zuverlegungen (Alter >19), Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	7,5%	( a )	8,18%	18,28%	3,67%	0,00%	
1.41 - Anteil nicht näher bezeichneter akuter Infarktformen (I21.9)	Beobachtungswert	1,9%	( a )	1,07%	0,62%	0,64%	0,00%	
1.42 - Anteil transmuraler Herzinfarkte (STEMI)	Information	32,8%	( a )	33,41%	37,73%	28,11%	3,03%	
1.43 - Transmuraler Herzinfarkt, Anteil Todesfälle	< Erwartungswert	11,5%	( a )	11,71%	19,75%	8,40%	0,00%	
Transmuraler Herzinfarkt, SMR	< 1,0			1,04	1,93	0,87	0,00	
1.44 - Nichttransmuraler Herzinfarkt / NSTEMI, Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	6,2%	( a )	5,61%	7,32%	1,81%	9,38%	
1.5 - Herzinfarkt (Alter >19) nur als Nebendiagnose, Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	20,0%	( a )	19,87%	23,48%	10,14%	16,39%	
2 - Herzinsuffizienz								
3 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter								
3.1 - Fälle mit Katheter der Koronargefäße (Alter > 19)	Mengeninformation	840 (602)	( b )	477,3 (387)	3,22%	1,92%	11%	
3.11 - Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter >19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufgetreten	< Erwartungswert		( a )	6,26%	11,32%	3,23%	0,00%	
dazu erwartete Todesfälle 1 - bezogen auf Patienten mit Infarkt	< Erwartungswert	8,5%	( a )	6,26%	11,32%	3,23%	0,00%	
dazu erwartete Todesfälle 1 - bezogen auf Patienten mit Infarkt, SMR	< 1,0			0,81	1,57	0,42	0,00	
dazu erwartete Todesfälle 2 - bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Infarkt	< Erwartungswert	5,8%	( a )	6,26%	11,32%	3,23%	0,00%	
dazu erwartete Todesfälle 2 - bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Infarkt, SMR	< 1,0			1,07	2,05	0,55	0,00	
3.121 - Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle	< 1,14%	1,14%	( a )	1,58%	2,19%	2,36%	40,00%	
4 - Herzrhythmusstörungen								
5 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator								
6 - Ablative Therapie								
7 - Operationen am Herzen								
7.21 - Isolierter offener Aortenklappenersatz ohne weitere Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle	< 2,4%	2,4%	( a )	2,87%	3,23%	0,00%		
7.3 - Minimalinvasive Implantation einer Aortenklappe, Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	4,3%	( a )	3,00%	4,08%	2,24%		
7.5 - Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle	< Erwartungswert		( a )	5,52%	8,00%	3,51%		
dazu erwartete Todesfälle 1 - bezogen auf Patienten mit Infarkt	< Erwartungswert	8,5%	( a )	5,52%	8,00%	3,51%		
dazu erwartete Todesfälle 1 - bezogen auf Patienten mit Infarkt, SMR	< 1,0			0,78	1,25	0,51		
dazu erwartete Todesfälle 2 - bezogen auf Patienten mit Koronar-OP und Infarkt	< Erwartungswert	5,9%	( a )	5,52%	8,00%	3,51%		
dazu erwartete Todesfälle 2 - bezogen auf Patienten mit Koronar-OP und Infarkt, SMR	< 1,0			0,95	1,48	0,60		
7.51 - Operationen nur Koronargefäße bei Herzinfarkt ohne herzunterstützende Systeme (Alter >19), Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	4,3%	( a )	3,35%	2,13%	1,85%		
7.6 - Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle	< 2,2%	2,2%	( a )	2,00%	7,14%	0,53%		

# Behandlungsbegleitendes Monitoring auffälliger Qualitätsindikatoren



Modul	Bezeichnung
Kol. Res.	Kolorektale Resektion
Pneu Alter	HD Pneumonie, Anteil Todesfälle Alte...
Pneu 2 Alt	Pneumonie nach Alter
Herzmed	200526 QG Herzmedizin
Gyn Mam...	200526 QG Gynäkologie Mammachirur...
Gyn OP	200526 QG Gynäkologie Gynäkologisc...
Gyn Geburt	200526 QG Gynäkologie Geburtshilfe
Päd	200526 QG Pädiatrie
Anä	200526 QG Anästhesie und Intensivm...
Innere	200526 QG Innere Medizin
Gefäß	200526 QG Gefäßmedizin
ACH	200526 QG Allgemeinchirurgie
Ortho	200526 QG Orthopädie
Uro	200526 QG Urologie
PKV1	test
Dokurate	Dokumentationsrate
Neuro	200526 QG Neuromedizin
AG Wirbel	200526 AG Wirbelsäule
AG Trauma	200526 AG Traumatologie
G-BA C	C-Indikatoren mit besonderem Handl...
G-BA QB A	Indikatoren verpflichtend im Strukt. ...
QKK	QKK-Indikatorenset für Kirchliche Kra...
G-IQI	G-IQI Indikatoren
HSM	QS & QS-FU: Herzschrittmacher
DEFI	QS & QS-FU: Implantierbare Defibrilla...
HEP	QS & QS-FU: Hüftendoprothesenvers...
KEP	QS & QS-FU: Knieendoprothesenvers...
PCI_LKG	QS & QS-FU: Perkutane Koronarinter...
HCH-KCH	QS & QS-FU: Koronararchirurgie, isoliert
HCH-AO...	QS & QS-FU: Aortenklappenchirurgie,...
HCH-AO...	QS & QS-FU: Aortenklappenchirurgie,...
PLAN QI	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren

Basisauswertungen

Vergleichsansicht

Status	Kennzahl	Ergebnis	Zähler	GG	Referenz	Ziel
	QS:CHE - QI 2: Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	5,71%	8	140		
	QS:CHE - QI 3: Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	0,00%	0	140	≤ 2,60%	≤ 0,59%
	QS:CHE - QI 4: Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	4,29%	6	140	≤ 9,36%	≤ 4,00%
	QS:CHE - QI 5: Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	0,00%	0	140	≤ 1,44%	≤ 0,33%
	QS:CHE - QI 6: Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	0,00%	0	140		
	§ 21:G Abdo - QI 18.1: Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil laparoskopische OPs	96,86%	185	191	≥ 94,40%	≥ 94,40%
	§ 21:G Abdo - QI 18.2: Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	0,52%	1	191		3,20%
	§ 21:G Abdo - QI 18.3: Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	0,52%	1	191	≤ 0,48%	≤ 0,48%
	§ 21:G Abdo - QI 19.1: Patienten mit Herniotomie ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	0,00%	0	319	≤ 0,10%	≤ 0,10%
	§ 21:G Abdo - QI 19.2: Patienten mit Herniotomie mit Darmoperation, Anteil Todesfälle	0,00%	0	28		1,81%
	§ 21:G Abdo - QI 21.3: Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	6,86%	12	175		7,20%
	§ 21:G Abdo - QI 21.311: Kolorektale Resektionen insgesamt: davon Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom ohne ko...	2,56%	1	39	≤ 4,10%	≤ 4,10%
	§ 21:G Abdo - QI 21.312: Kolorektale Resektionen insgesamt: davon Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom mit kom...	13,04%	3	23		11,60%
	§ 21:G Abdo - QI 21.313: Kolorektale Resektionen insgesamt: davon Rektumresektionen bei kolorekt. Karzinom, Anteil...	0,00%	0	25	≤ 3,20%	≤ 3,20%
	? § 21:G Abdo - QI 21.33: Kolorektale Resektionen insgesamt: davon Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Todesf...	33,33%	1	3		43,90%

kein Kennzahlwerk vorhanden

Info

Auffällige

Übersicht

Basisverteilung

Fallnummer	PatNummer	Name	Status	IKNRKH	BSNR
1905807	1150820				

Kommentieren ...

Kommentierung anfordern ...

DRG-Sicht

Fallanalyse

in Zwischenablage speichern

Suche

Patient

Kommentierung anfordern für Fall 1905807

An:

Fälligkeit:

Nachricht:

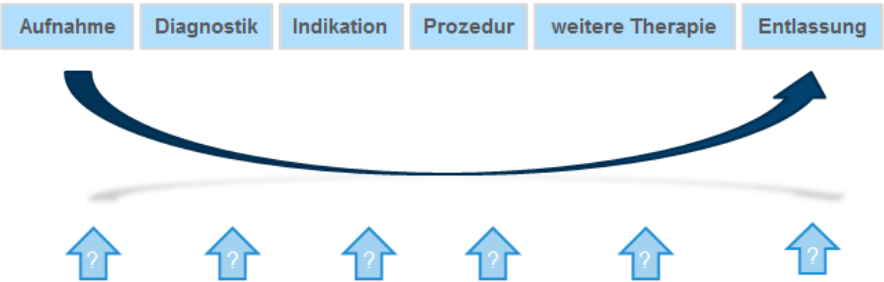
☒ Zusätzlich per E-Mail versenden


Einstellungen zurücksetzen

Senden

Abbrechen

## Behandlungsverlauf



  
Sana Kliniken AG

### Fall-/Aktenanalysekriterien

<b>Aufnahme</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lagen bei Aufnahme alle verfügbaren Informationen vor?</li><li>▪ Erfolgte eine persönliche Übergabe?</li><li>▪ Wurden die Informationen vollständig weitergegeben?</li></ul>
<b>Diagnostik</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Welche diagnostischen Maßnahmen wurden eingeleitet?</li><li>▪ Waren diese zeitnah und adäquat?</li></ul>
<b>Behandlung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wurde frühzeitig eine Arbeitsdiagnose formuliert?</li><li>▪ Wurde diese bei Vorliegen neuer Informationen kritisch hinterfragt?</li><li>▪ Gab es erkennbare und sinnvolle Therapiestandards?</li><li>▪ Wurden Leitlinien eingehalten?</li><li>▪ War die Abweichung von Leitlinien begründet und nachvollziehbar?</li><li>▪ Wurden Probleme und Komplikationen rechtzeitig erkannt und zeitnah adäquat behandelt?</li><li>▪ Erfolgte die Behandlung auf Intensivstation rechtzeitig?</li><li>▪ Erfolgte die Kontrolle der Behandlungsverläufe durch Stationsärzte, Oberärzte, Chefarzte?</li><li>▪ Wurden rechtzeitig konsiliarische Stellungnahmen eingeholt?</li></ul>
<b>Entlassung</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wurde der Patient über das weitere Vorgehen informiert?</li><li>▪ Wurde die nachbehandelnde Einrichtung zeitnah und adäquat informiert?</li></ul>
<b>Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Erfolgt strukturierte Übergaben?</li><li>▪ War die Kommunikation und Zusammenarbeit vor, während und nach der Operation oder Intervention zielführend?</li><li>▪ War die Zusammenarbeit von Ärzten mit Pflege und therapeutischen Teams zielführend?</li></ul>
<b>Dokumentation</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ War die Dokumentation umfassend und schlüssig insbesondere mit Blick auf<ul style="list-style-type: none"><li>- Aufklärung für Operation und Intervention</li><li>- Behandlungsverlauf</li><li>- Therapieentscheidungen</li><li>- Therapiebegrenzungen</li><li>- OP-Bericht / Verlegungsbericht / Entlassungsbericht</li></ul></li></ul>



### Selbstbewertung Peer Review

<b>Einrichtung:</b>	<b>Abteilung:</b>
<b>Fallnummer:</b>	<b>Datum der Fallanalyse:</b>

**1. Verbesserungspotenzial in Diagnostik und / oder Behandlung erkennbar**

☐ Sicher  
☐ Vermutet

**2. Kodierung falsch**  
(es gilt die Hauptdiagnosedefinition des DRG-Systems, nicht die der Todesursachenstatistik!)

☐ Sicher  
☐ Vermutet

**3. ☐ Keine Auffälligkeiten**

**Erkanntes Verbesserungspotenzial (falls „Ja“ in 1.):**

☐ Aufnahme  
☐ Diagnostik  
☐ Behandlung  
☐ Entlassung  
☐ Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit  
☐ Dokumentation

**Stichwortartige Beschreibung:**

**Verbesserungsvorschlag:**

<b>Verantwortlicher:</b>	<b>Unterschrift:</b>
--------------------------	----------------------



# M&M Konferenz

insbesondere werden in der M&M-Konferenz analysiert:

Patientenfälle mit unerwartetem Heilverlauf oder Tod und

- interdisziplinärem Behandlungssetting
- gravierender Komplikation
- Auffälligkeiten in Diagnostik und Therapie
- gehäuftem Auftreten ähnlicher, schwerer Morbidität

## Analyse kritischer Fallkonstellationen

### Verfahrensanweisung



#### 1. Geltungsbereich

Diese Verfahrensanweisung gilt für alle klinisch tätigen Mitarbeiter aller Fachabteilungen der Sana Klinik AG.

#### 2. Ziel und Zweck

Diese VA regelt die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Analysen kritischer Fallkonstellationen:

- Aktenanalyse von Einzelfällen
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Fallanalysen siehe <<VA ERiKA Fallanalyse und ERiKA-light Fallanalyse>>
- Peer Reviews siehe <<VA Ärztliches Peer Review>>.

Aktenanalysen dienen der strukturierten, retrospektiven Aufarbeitung von Patientenakten bei unerwarteten Heilverläufen und Todesfällen. Es ist das Ziel Verbesserungspotenziale in der medizinischen Behandlung und den Prozessabläufen zu finden, um Behandlungsrisiken zu erkennen und zu minimieren. Werden Verbesserungspotenziale erkannt, wird ein Maßnahmenplan erarbeitet und nachweislich umgesetzt.

#### 3. Abkürzungen und Definitionen

M&M Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
CA	Chefarzt
Leiter	Leiter der M&M Konferenz
Moderator	Moderator der M&M Konferenz
QSB	QS-Beauftragter
Verantwortliche	Leitender Arzt, Chefarzt, Pflegedirektion
QulS	Sana Qualitätssystem

#### 4. Qualitätsindikatoren

- Anzahl in einer Aktenanalyse analysierter Fälle/Anzahl kritischer Fallkonstellationen in der Fachabteilung
- Anzahl in einer M&M-Konferenz analysierter Fälle/Anzahl kritischer Fallkonstellationen in der Fachabteilung
- Anzahl durchgeführter Fallanalysen/Anzahl Fälle aus der APS-SEVer-Liste
- Anzahl erstellter Umstandsmeldungen pro Fachabteilung
- Anzahl offener Maßnahmen aus o.g. Analysen
- Anzahl offener Maßnahmen aus Peer Reviews

#### 5. Beschreibung der Ausführung

##### 5.1 Prozessbeginn

Der Prozess beginnt mit dem kontinuierlichen, behandlungsbegleitenden Monitoring medizini-



# Peer Reviews - Aufgreifkriterien bei Sana



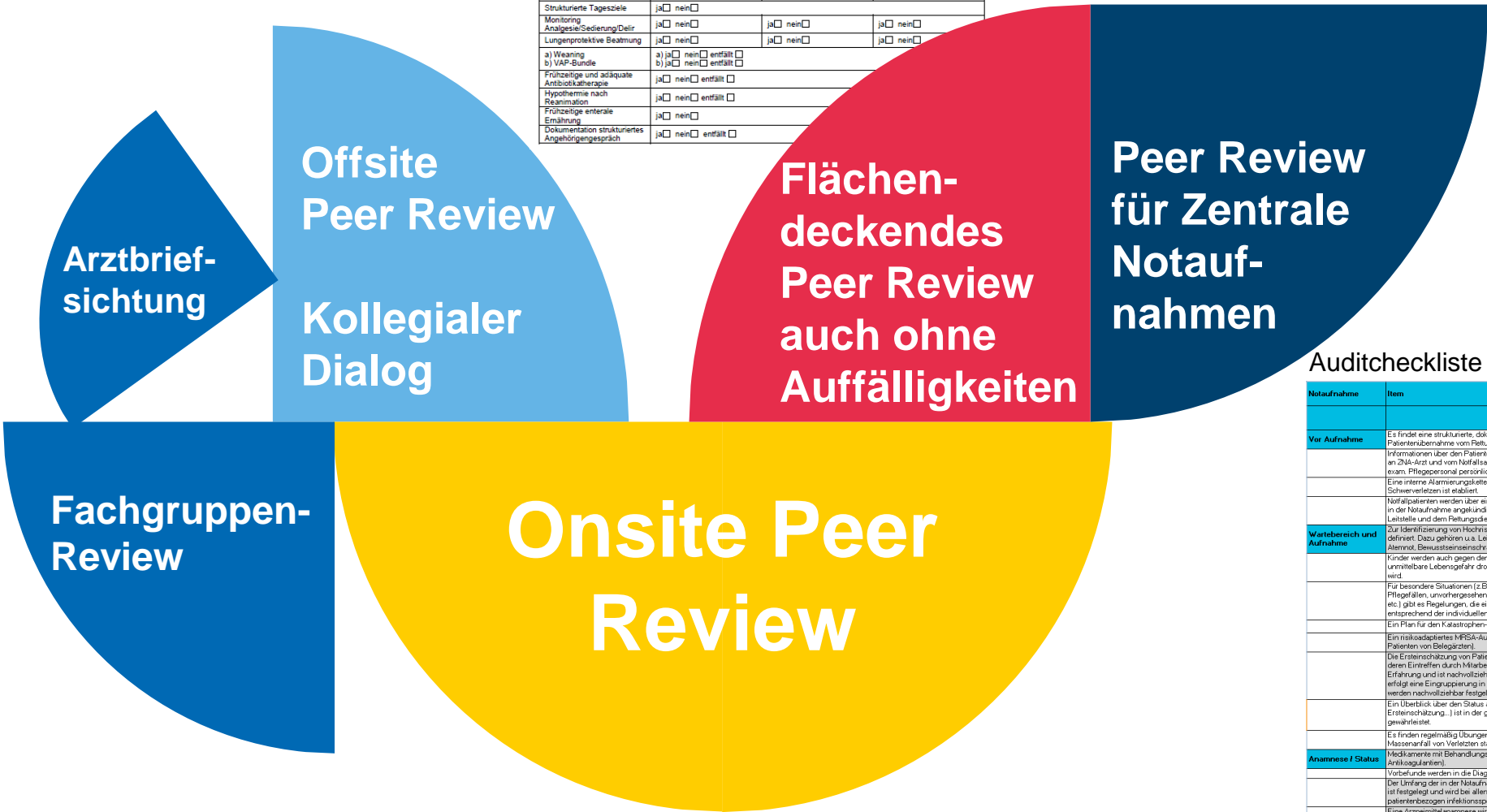
- werden von den Kernteams der medizinischen Fachgruppen festgelegt
- sind aus dem Set der Qualitätsindikatoren des QuIS ausgewählt
- gelten als Auslöser für ein Peer Review

- ❖ Komplikationen
- ❖ Todesfälle
- ❖ Sentinel Events

PI = Planungsrelevanter Qualitätsindikator; AK = Aufgreifkriterium

Fachgruppe	Untergruppe	Aufgreifkriterien (AK)	QI-Art
Herzmedizin		GIQJ_1_1 HD Herzinfarkt, Alter > 19 J., Anteil Todesfälle, aufgetreten	AK
		GIQJ_1_31 HD Herzinfarkt, Direktaufnahme ohne Verlegung, Alter >19J., Anteil Todesfälle	AK
		GIQJ_1_32 HD Herzinfarkt, Zuverlegung, Alter >19J., Anteil Todesfälle	AK
		GIQJ_1_42 Transmuraler Herzinfarkt / STEMI, Anteil Todesfälle	AK
		GIQJ_01_43 Nichttransmuraler Herzinfarkt / NSTEMI, Anteil Todesfälle	AK
		GIQJ_02_1 HD Herzinsuffizienz, Alter > 19J., Anteil Todesfälle	AK
Gynäkologie	Mammachirurgie	2163_Primäre axilläre Dissektion bei DCIS: überhaupt die Durchführung ist ein Aufgreifkriterium (sentinel event)	PI
		51846_prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	AK
		52268_HER2/neu-Positivitätsrate bei Häufigkeit im Follow up	AK
		GIQJ_37_1 Stationäre Behandlungen bei Brustkrebs (Hauptdiagnose)	AK
		GIQJ_38_21 Resektion der Mamma bei Brustkrebs	AK
		GIQJ_38_22 Anteil brusterhaltender Resektionen bei Brustkrebs	AK
		51847_Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	AK
		52330_Intraoperative Präparatradiographie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammographischer Drahtmarkierung	PI
		52279_Intraoperative Präparatradiographie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonographischer Drahtmarkierung	PI
	Gyn. OP	51418 Organverletzung bei laparoskopischen Eingriffen (Darm, Blase, Harnleiter, große Gefäße, Nerven)	AK
		GIQJ_34.1.Todesfälle bei Hysterektomie bei gutartigen Befunden	AK
		GIQJ_36.12. Todesfälle bei bösartigen Neubildungen Ovar mit Ovariectomie	AK
		GIQJ_36.22Todesfälle bei bösartigen Neubildungen Uterus mit Hysterektomie	AK
		51906 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen	PI
Geburtshilfe		12874 fehlende Histologie bei Ovariectomien mit Gewebeentfernung	PI
		10211 Vollständige Entfernung des Ovars / Adnexe ohne pathologischen Befund (< 45. Lbj.)	PI
		318 QI 8: Anwesenheit eines Pädaters bei Frühgeburten	PI

# Peer Reviews ausgerichtet an den Anforderungen



INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

**Bettseitiger Erhebungsbogen**

Datum:  Einrichtung:

Bettplatz:

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt <input type="checkbox"/> Pat. beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat. beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat. beatmet <input type="checkbox"/>
Strukturierte Tagesziele	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Monitoring	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Analgesie/Sedierung/Deir	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenprotektive Beatmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
a) Weaning	a) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/>		
b) VAP-Bundle	b) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/>		
Hypothermie nach Reanimation	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/>		

Auditcheckliste der ZNA

Notaufnahme	Item
Vor Aufnahme	Es findet eine strukturierte, dokumentierte (inkl. Übernahmezeitpunkt) Patientenübernahme vom Rettungsdienst statt. Informationen über den Patienten werden vom Notarzt und ggf. Notfallsanitäter der en ZNA-Arzt und vom Notfallsanitäter / Rettungsassistent / Rettungsassistent an exam. Pflegepersonal persönlich übergeben. Eine interne Alarmierungskette bei Anmeldung von Schwerverletzten und Schwerverletzten ist etabliert. Notfallpatienten werden über einen festgelegten Kommunikationsweg und -modus in der Notaufnahme angekündigt. Es gibt organisatorische Absprachen mit der Leitstelle und dem Rettungsdienst.
Wartebereich und Aufnahme	Zur Identifizierung von Hochrisikopatienten sind entsprechende Kriterien definiert. Dazu gehören u.a. Leitsymptome wie Brustschmerzen, Blutverlust, Atemnot, Bewusstseinsstörungen, Lähmungszeichen. Kinder werden auch gegen den Willen der Eltern aufgenommen, wenn unmittelbare Lebensgefahr droht oder eine lebensnotwendige Therapie verweigert wird. Für besondere Situationen (z.B. mehrere Aufnahmen, Krankheitsfälle von Pflegefällen, unvorhergesehene Komplikationen, mehrere Aufnahmen zeitgleich etc.) gibt es Regelungen, die eine sichere Versorgung der Patienten entsprechend der individuellen Dringlichkeit gewährleisten. Ein Plan für den Katastrophen- oder einen Massenansturm von Verletzten liegt vor. Ein risikoadaptiertes HFSA-Aufnahmescreening erfolgt (auch für elektive und Patienten von Begleitern). Die Erstentscheidung von Patienten in der Notaufnahme erfolgt unmittelbar nach deren Eintreffen durch Mitarbeiter mit spezieller Fachkompetenz und praktischer Erfahrung und ist nachvollziehbar dokumentiert. Aus dieser Erstentscheidung erfolgt eine Eingruppierung in Dringlichkeitsstufen. Die Behandlungsprioritäten werden nachvollziehbar festgelegt (z.B. mittels Manchester-Triage-System). Ein Überblick über den Status aller Patienten (Annahme, Weiterleitung, Erstentscheidung, ...) ist in der gesamten ZNA, einschließlich der Wartenden, gewährleistet. Es finden regelmäßig Übungen zum Konzept für den Katastrophen- oder einen Massenansturm von Verletzten statt. Medikamente mit Behandlungsrelevanz werden gezielt erfragt (z. B. Antikoagulantien).
Anamnese / Status	Vorbefunde werden in die Diagnosestellung einbezogen. Der Umfang der in der Notaufnahme zu erhebenden ärztlichen Anamnese / Status ist festgelegt und wird bei allen Patienten erhoben. Dabei werden patientenbezogen infektionsspezifische Risiken und Allergien ermittelt. Eine Arzneimittelanamnese wird bei jedem Patienten erhoben.

# Peer Reviews ausgerichtet an den Anforderungen



INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

**Bettseitiger Erhebungsbogen**

Datum: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_

Bettplatz: ☐

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>	belegt <input type="checkbox"/> Pat beatmet <input type="checkbox"/>
Strukturierte Tagesziele	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Monitoring	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Analgesie/Sedierung/Delir	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lungenprotektive Beatmung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
a) Weaning	a) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
b) VAP-Bundle	b) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Hypothermie nach Reanimation	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Dokumentation strukturiertes Anhängengespräch	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/>		

Auditcheckliste der ZNA

Notaufnahme	Item
Vor Aufnahme	Es findet eine strukturierte, dokumentierte (inkl. Übernahmezeitpunkt) Patientenübernahme vom Rettungsdienst statt. Informationen über den Patienten werden vom Notarzt und ggf. Notfallsanitäter der en ZNA-Arzt und vom Notfallsanitäter / Rettungsassistent / Rettungsassistent an exam. Pflegepersonal persönlich übergeben. Eine interne Alarmierungskette bei Anmeldung von Schwerverletzten und Schwerverletzten ist etabliert. Notfallpatienten werden über einen festgelegten Kommunikationsweg und -modus in der Notaufnahme angekündigt. Es gibt organisatorische Absprachen mit der Leitstelle und dem Rettungsdienst.
Wartebereich und Aufnahme	Zur Identifizierung von Hochrisikopatienten sind entsprechende Kriterien definiert. Dazu gehören u.a. Leitsymptome wie Brustschmerzen, Blutverlust, Atemnot, Bewusstseinsstörungen, Lähmungsanzeichen. Kinder werden auch gegen den Willen der Eltern aufgenommen, wenn unmittelbare Lebensgefahr droht oder eine lebensnotwendige Therapie verweigert wird. Für besondere Situationen (z.B. mehrere Aufnahmen, Krankheitsfälle von Pflegefällen, unvorhergesehene Komplikationen, mehrere Aufnahmen zeitgleich etc.) gibt es Regelungen, die eine sichere Versorgung der Patienten entsprechend der individuellen Dringlichkeit gewährleisten. Ein Plan für den Katastrophenschutz oder einen Massenansturm von Verletzten liegt vor. Ein risikoadaptiertes HFSA-Aufnahmescreening erfolgt (auch für elektive und Patienten von Begleitern). Die Erstentscheidung von Patienten in der Notaufnahme erfolgt unmittelbar nach deren Eintreffen durch Mitarbeiter mit spezieller Fachkompetenz und praktischer Erfahrung und ist nachvollziehbar dokumentiert. Aus dieser Erstentscheidung erfolgt eine Eingruppierung in Dringlichkeitsstufen. Die Behandlungsprioritäten werden nachvollziehbar festgelegt (z.B. mittels Manchester-Triage-System).
Anamnese / Status	Ein Überblick über den Status aller Patienten (Annahme, Weiterleitung, Erstentscheidung, ...) ist in der gesamten ZNA, einschließlich der Wartenden, gewährleistet. Es finden regelmäßig Übungen zum Konzept für den Katastrophenschutz oder einen Massenansturm von Verletzten statt. Modikamente mit Behandlungsrelevanz werden gezielt erfragt (z. B. Antikoagulantien). Vorbefunde werden in die Diagnosestellung einbezogen. Der Umfang der in der Notaufnahme zu erhebenden ärztlichen Anamnese / Status ist festgelegt und wird bei allen Patienten erhoben. Dabei werden patientenbezogen infektionsspezifische Risiken und Allergien ermittelt. Eine Arzneimittelanamnese wird bei jedem Patienten erhoben.

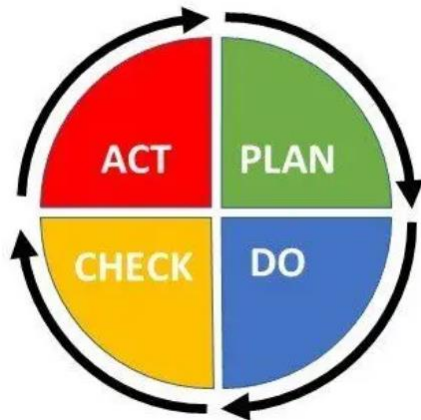
# Liste der Stärken und Verbesserungspotentiale



## Zusammenfassung Peer Review Sana Klinik ..... , Abteilung für Neurologie 3.-4.4.2019

### Stärken:

Es handelt sich um ein wohlorganisiertes Hochvolumenzentrum der akuten Schlaganfallversorgung im Sinne eines Maximalversorgers.  
Es findet eine kollegiale interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachabteilungen Neurologie .... statt.  
Besonders hervorzuheben ist die fachübergreifende hohe Offenheit und Kommunikationsfähigkeit der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Teams.  
Es findet sich eine hohe Übereinstimmung der Selbstbewertung mit der Bewertung der Peers.



<https://www.sixsigmablackbelt.de/pdca-zyklus-plan-do-check-act/>

	Festgestelltes VP*	Ziel	Maßnahme	Verantwortlich	zu erledigen bis
1.	Schluckscreening erfolgt nicht auf Normalstation, ebenso Logopädie oder ist nicht dokumentiert; auf Stroke Unit wird nicht strukturiert dokumentiert	Etablierung von Schluckscreening auch auf Normalstation bei Schlaganfällen. Nachvollziehbare Dokumentation von Screening und Logopädie	Regelmäßige Durchführung und Dokumentation wird eingeführt: Dokumentationsbogen, Patienteninformation (Nahrungskarenz)	CA	30.6.2019
2.	Die Checkliste für Kontraindikationen für Thrombolyse ist nicht durchgängig ausgefüllt	Checkliste konsistent führen und in der Akte ablegen	Checkliste konsistent führen und in der Akte ablegen Jede Akte wird geprüft.	OA	30.6.2019
3.	Beschleunigung der Labordiagnostik	Zeitgewinn für die Thrombolyse	Diskussion der Einführung von POCT-Geräten <u>nur</u> für Schlaganfallpatienten.	GF (abgestimmt), CA	30.6.2019
4.	Lysebeginn bereits nach CT anstrebenswert	Lysebeginn bereits nach CT anstrebenswert	Konzeptentwicklung Lyse in der ZNA mit Unterstützung des Stroke Unit Personals	OA	30.9.2019
5.	CT Zeit teils aus nicht ersichtlichen Gründen verzögert	door to CT Zeit verbessern	Es wurde mit der Einführung der Notfallnummer für die diensthabende MTRA (ist bereits in Umsetzung) begonnen. Testphase wird auf Erfolg überwacht.	CA, OA	30.6.2019
6.	Lyse Zeit: door to needle Zeit ist vergleichsweise lang		Mehr Sicherheit bei der klinischen Diagnosestellung	CA, OA, Leitung Pflege ZNA und Stroke Unit	30.9.2019

# Peer Review Bericht und Abschluss



Einrichtung: [ ] Abteilung: [ ]

Datum des Peer Reviews: [ ]

Anzahl der analysierten Fälle: [ ] Todesfall bei Herzinfarkt GIQ11.1

Übereinstimmung in der Bewertung:

☒ ja [ ]

Die Selbstbewertung wurde von der Abt. für Innere Medizin gewissenhaft ausgefüllt und im Sinne einer Analyse in Bezug auf Verbesserungspotenziale beurteilt.

Erkanntes Verbesserungspotenzial:

☐ Aufnahme

☒ Diagnostik

☒ Behandlung

☐ Entlassung

☐ Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit

☒ Dokumentation

Zusammenfassung des Verbesserungsbedarfs:

Wesentlicher Verbesserungsbedarf wurde in den Themenbereich Kodierung und Diagnostik erkannt.

Abgeleitete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung:

**1. Dokumentation**

a) Optimierung der Visitedokumentation i.S. der therapeutischen Entscheidungen: 4 wöchige Überwachung der Dokumentation

b) Juristische Fortbildung zum Dokumentationsgesetz (Beweislastumkehr)

c) Aufnahme einer Plausibilitätskontrolle in Zusammenarbeit mit der Rechtsabteilung

Verantwortlicher:  
Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin, PDL

Umsetzung bis:  
Zu a) sofort, b) innerhalb von 3 Monaten, zu c): Beginn im ersten Quartal 2014

- ist die Niederschrift der Ergebnisse des kollegialen Dialogs
- ist im Konsens mit dem Chefarzt abgestimmt
- Verbesserungspotentiale, Ziele und Maßnahmen werden dokumentiert
- Verantwortliche und Zeitfenster werden vereinbart



# Regelmäßige Qualitäts- gespräche

## Quartalsweise zwischen Geschäftsführung und Chefarzt



# Qualitätsplanungsgespräche

## Managementbewertung der Sana Klinik



Die QS gibt Anhaltspunkte für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess

- Fortbildungen
- Dokumentationsaudits
- Strukturen optimieren?
- Optimierung von Prozessen, Prozessaudits
- Initiierung eines Projektes
- Verfahrensanweisung
- SOP
- .
- .

### Dimension 1: medizinische Ergebnisqualität

Wie fand die Analyse der medizinischen Ergebnisqualität statt?

Bericht durch: (ärztlicher Direktor):

[ ]

Wurden Qualitätsprobleme bei der Analyse erkannt?

Bericht durch: (ärztlicher Direktor):

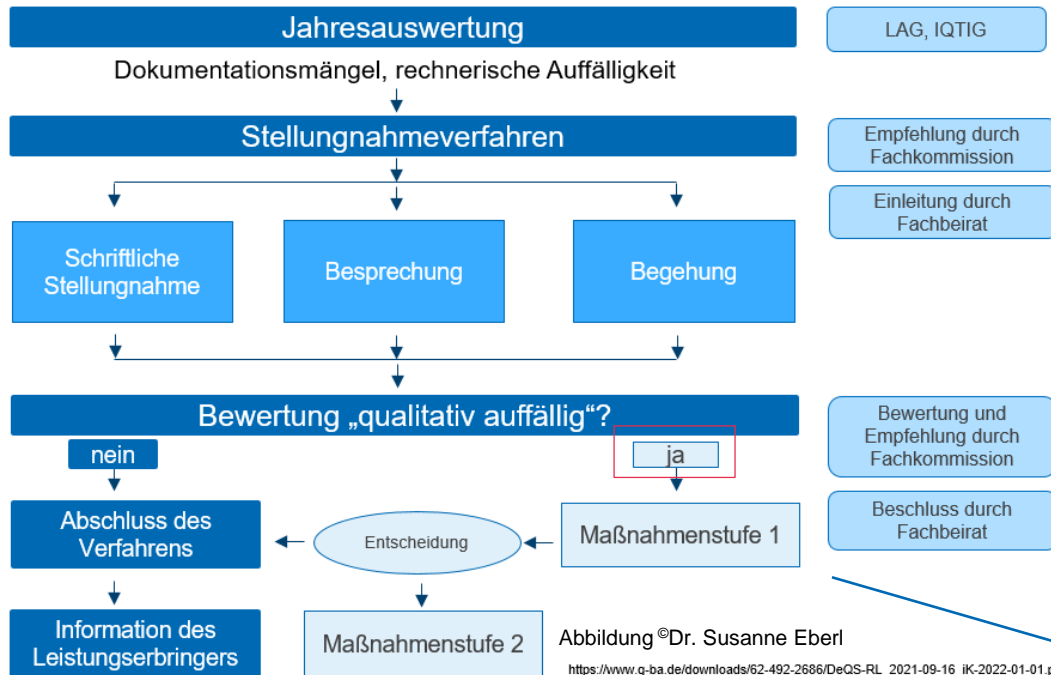
[ ]

1. Wurden die benötigten Fälle für die eQS rechtzeitig dokumentiert (mindestens 95% am Quartalsende)
2. Wurde intern stichprobenartig die Richtigkeit der für die eQS/erhobenen Daten validiert und ggf. mit welchem Ergebnis?
3. Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der Indikatoren im QuIS?
4. Gab es statistische Auffälligkeiten bei planungsrelevanten Indikatoren? Wurden Ausnahmetatbestände geltend gemacht und ggf. mit welchem Ergebnis?
5. Gab es Aufforderungen zum strukturierten Dialog und ggf. mit welchem Ergebnis?
6. Fand eine externe Datenvalidierung durch die zuständigen Stellen der eQS statt und ggf. mit welchem Ergebnis?
7. Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der QSR-Indikatoren?
8. Welche Erkenntnisse ergab die Analyse der anderen Qualitätshinweise zu medizinischen Ergebnisqualität (z.B. aus Befragungen)
9. Bestehen Mindestmengenanforderungen und wenn ja, ist deren Erreichung sichergestellt? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt werden?
10. Bestehen Anforderungen aus Strukturvorgaben und wenn ja, wurde deren Einhaltung regelmäßig überwacht? Müssen ggf. Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt?
11. Welche Erkenntnisse ergaben sich aus Peer Reviews? Wurden beschlossene Maßnahmen zeitgerecht umgesetzt?



# DeQS-Richtlinie des G-BA

## Teil 1, §17 Stellungnahmeverfahren



### Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur datengestützten einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

in der Fassung vom 19. Juli 2018  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2018 B3)  
in Kraft getreten am 1. Januar 2019

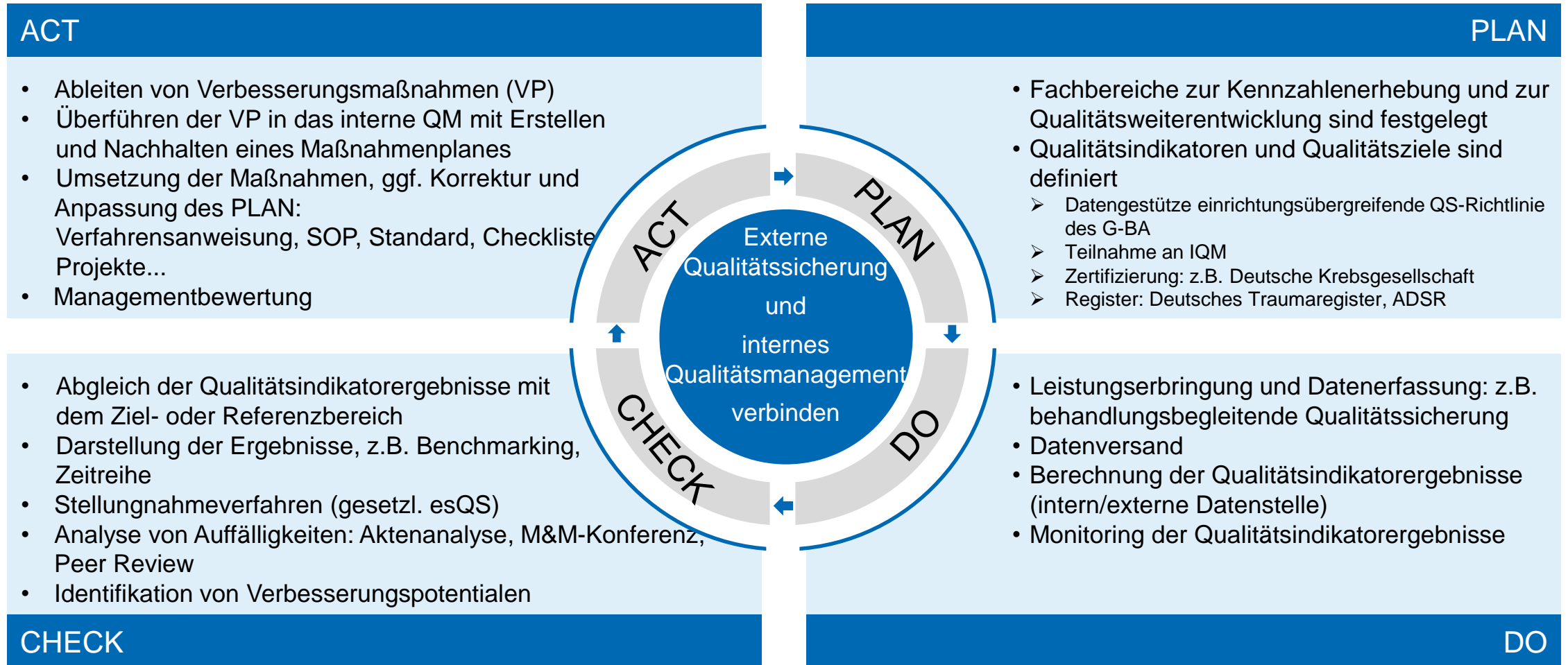
zuletzt geändert am 16. September 2021  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)  
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

### § 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

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

- a) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- b) Teilnahme am Qualitätszirkel
- c) Implementierung von Behandlungspfaden
- d) Durchführung von Audits
- e) Durchführung von Peer Reviews
- f) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

# Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement verbinden



# Vielen Dank!

Dr. med. Susanne Eberl  
Sana Kliniken AG  
Oskar-Messter-Str. 24  
85737 Ismaning

susanne.eberl@sana.de  
+49 (0) 89 678204 219  
+49 (0) 160 92029439

