

Praxistipps für Ihre aussagefähige Stellungnahme



sQS Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen

Tina Cernicka, Chiara Höher, CoC Qualitätssicherung
Stand 18. Juli 2024



Rufen Sie bitte Ihren Jahresrückmeldebericht ab und sichten diesen auf Auffälligkeiten

Die Jahresrückmeldeberichte sind die Grundlage für Ihre Analyse zu Ihren rechnerischen Auffälligkeiten



- ✓ Auf der KVB Homepage finden Sie unter dem Link <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/sectoruebergreifende-qualitaetssicherung/> unter dem Unterpunkt **Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen/ Rückmeldeberichte** eine genaue Anleitung zum Abrufen Ihrer Rückmeldeberichte.
- ✓ Im KVB Anschreiben mit der Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren wird ebenfalls genau beschrieben, wie Sie ihre Rückmeldeberichte abrufen können.
- ✓ Bei rechnerischen Auffälligkeiten erhalten Sie zusätzlich zum Rückmeldebericht zwei inhaltlich identische Dokumente mit den auffälligen Fällen in csv- und pdf-Format.
- ✓ Eine detaillierte Leseanleitung für die Jahresrückmeldeberichte finden Sie auf der IQTIG-Webseite unter dem Link [Jahresauswertungen nach DeQS-RL. Leseanleitung, Hinweise zur Risikoadjustierung und Glossar \(iqtig.org\)](#)

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (OS NET)
Merkblatt zum Erhalt Ihres Rückmeldeberichts

1. Rückmeldebericht in SmarAkt abrufen

Technische Voraussetzungen

- Der Download Ihrer Rückmeldeberichte ist an die gleichen Systemvoraussetzungen gebunden wie der Download Ihrer Abrechnungsunterlagen bei der KVB.
- Bitte verwenden Sie hierfür eine KVB-Benutzerkennung.
- Zusätzlich benötigen Sie zum Öffnen und Entschlüsseln der Rückmeldeberichte ein frei zugängliches Entpacker-Programm zum Beispiel Zip-Tools, wie WinZip oder Zip.

Kurzanleitung

- Melden Sie sich unter **Meine KVB** mit einer KVB-Benutzerkennung an.
- Wählen Sie in dem Service **Honorar & Abrechnung** den Reiter **„Unterlagen einsehen“** aus. Sie gelangen Sie zu SmarAkt.
- Klicken Sie auf **„Aktensuche“**.
- Wählen Sie unter Akzentyp **„Info-Akte BSNR“** aus, geben Sie Ihre Hauptbetriebsstättennummer (field BSNR) ein und gehen Sie auf **„Suchen“**.
- Nun werden alle bisherigen Rückmeldeberichte für Ihre BSNR angezeigt. Klicken Sie nun in die Spalte **Quartal**, die das Format **JJJJ** hat.
- Der Zwischenbericht ist immer für das Quartal abgelegt, für das er erstellt wurde. Die **Jahresrückmeldeberichte** werden **stets im Quartal 1** des entsprechenden Jahres gespeichert. Klicken Sie nun auf den Eintrag Ihrer Wahl.
- Unter dem Reiter **Information** finden Sie die ZIP-Datei mit dem Rückmeldebericht.
- Laden Sie die Datei herunter und entzippen Sie diese. Hierfür benötigen Sie ein frei zugängliches Entpacker-Programm. Das Öffnen mit Windows ist nicht möglich.
- Beim Öffnen der ZIP-Datei werden eine oder mehrere Dateien sichtbar.

■ Klicken Sie die PDF-Datei mit der mittleren Kennzeichnung **„LEAW_“** an. Dies ist Ihr Rückmeldebericht.

■ Bei **mehreren Standorten**
Regulär werden die Rückmeldeberichte für die Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) eingestellt. In diesen Berichten sind die Ergebnisse für alle der HBSNR zugeordneten Betriebsstätten enthalten.

■ Bei **rechnerischen und inhaltlichen Auffälligkeiten**
Bei rechnerischen und/oder fachlichen Auffälligkeiten erhalten Sie zusätzlich zum Rückmeldebericht zwei inhaltlich identische Dokumente mit den auffälligen Fällen in csv- und pdf-Format.

2. Service

Kontaktaten (KVB) bei technischen Problemen

Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 4 00 40

Hintergrundinformationen zu inhaltlichen Fragestellungen
Die Inhalte der Rückmeldeberichte werden gemäß den Rechenregeln des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQIG) erstellt. Diese werden bei Bedarf jährlich angepasst. Die Berechnungsregeln finden Sie unter folgendem Link: <https://iqig.org/qs-verfahren/qs-net/>

Kontaktaten bei inhaltlichen Fragestellungen
Für inhaltliche Fragen ist die Fachkommission NET bei der Bayerischen Landesärztekammer (LAG) zuständig. Diese arbeitet auf der Grundlage pseudonymisierter Daten und räumt eine fachlich-medizinische Bewertung der auffälligen Auswertungsergebnisse vor. Sollten Sie inhaltliche Fragen haben, übermitteln Sie uns diese bitte an qa@net.kvb.de. Wir setzen uns dann mit Ihnen in Verbindung.

Bei mehreren Standorten

Regulär werden die Rückmeldeberichte für die Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR) eingestellt. In diesen Berichten sind die Ergebnisse für alle der HBSNR zugeordneten Betriebsstätten enthalten.

Laden Sie bitte Ihr elektronisches Stellungnahmeformular herunter

Das Stellungnahmeformular enthält alle Hinweise und Fragestellungen, die für Ihre aussagefähige Stellungnahme wichtig sind.



- ✓ Auf der KVB Homepage finden Sie das elektronisch ausfüllbare Stellungnahmeformular für den rechnerisch auffälligen Qualitätsindikator und/ oder das Auffälligkeitskriterium in einer Word und einer pdf-Version unter dem Link <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/sectoruebergreifende-qualitaetssicherung/> unter dem Unterpunkt Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen/ Stellungnahmeverfahren
- ✓ Im KVB Anschreiben mit der Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren liegt für Sie ein Stellungnahmeformular in Papierform zur Ansicht bei.
- ✓ Nutzen Sie bitte das elektronisch befüllbare Stellungnahmeformular für Ihre Stellungnahme.
- ✓ Bitte geben Sie beim Ausfüllen des Stellungnahmeformulars unbedingt Ihr Pseudonym an. Dieses finden Sie sowohl auf dem KVB Anschreiben als auch in Ihrem Rückmeldebericht.
- ✓ Beantworten Sie dann alle Fragestellungen für jeden auffälligen Vorgang, den Sie der Liste der auffälligen Fällen in csv- und pdf-Format in Ihren Rückmeldeberichten entnehmen können.

SQS-VERFAHREN

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen

+

Allgemeines (Kontakte etc.)

+

Rückmeldeberichte

-

Stellungnahmeverfahren

Die LAG kann wegen rechnerischer Auffälligkeiten in den Rückmeldeberichten über die KVB ein Stellungnahmeverfahren einleiten.

Nutzen Sie in diesen Fällen für Ihre Stellungnahme folgende Rückmeldeformulare für die betreffenden Qualitätsindikatoren (QI).

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 57005) 2024
Datei herunterladen nicht barrierefrei (DOCK, 49 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 57005) 2024
Datei herunterladen nicht barrierefrei (PDF, 90 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 57009) 2024
Datei herunterladen nicht barrierefrei (DOCK, 51 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 57009) 2024
Datei herunterladen nicht barrierefrei (PDF, 76 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 57010) 2024
Datei herunterladen nicht barrierefrei (DOCK, 51 KB)

Formular Stellungnahmeverfahren (QI 57010) 2024
Datei herunterladen nicht barrierefrei (PDF, 76 KB)

Fragestellung

Stimmen die Angaben in Ihren Rückmeldebericht mit Ihren Erfahrungswerten überein?
* Bitte prüfen Sie insbesondere, ob die Angabe bezüglich der Engpassgröße, die im Zeitraum vom 01.10.2022 bis zum 30.09.2023 eine chronische Hämodialyse oder Hämodialysepunkte erhalten haben, plausibel ist.
* Falls Ihnen die Angabe zu niedrig erscheint, teilen Sie uns bitte die Patientenzusammensetzung aus Ihrer Dokumentationssoftware für alle Ihre betroffenen Engpassgrößen aus dem o.g. Zeitraum mit. Das IQTIG braucht für die Fehleranalyse die genauen Angaben, welche Patienten in der Grundgesamtheit fehlen.

Ihr Text

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden wurden eingeleitet
* bitte ankreuzen
Ja Nein
Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.
Wenn für Ihre Erläuterungen einfügen

Ihr Text

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden bereits umgesetzt
* bitte ankreuzen
Ja Nein
Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.

Stellungnahmeverfahren sQS NET zum Auswertungsjahr 2024

Ihr Pseudonym Nr.:

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
„Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen/ Dialyse“ (sQS NET)

Indikator | Qualitätsindikator Nr.: 572008
Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse

Ursachen für die Abweichungen von den bundesweiten Referenzwerten für Ihre Einrichtung
* Bitte analysieren Sie die rechnerisch auffälligen Vorgänge, hinsichtlich folgender Fragestellungen:

Fragestellung
Welche zugangsassoziierten Komplikationen traten bei dem Patienten/der Patientin auf?

Ihr Text

Fragestellung
Aus welchem Grund traten bei den Patienten*innen eine zugangsassoziierte Komplikation auf, die stationär behandelt werden musste?

Ihr Text

Fragestellung
Können strukturelle oder prozedurale Ursachen für das auffällige Ergebnis festgestellt werden?

Ihr Text

Fragestellung
Liegen Ihnen zu diesen Fällen Klinikunterlagen mit Informationen zu den zugangsassoziierten Komplikationen vor?
* bitte ankreuzen
Ja Nein
Fragestellung
Wenn ja, welche?

Ihr Text

Seite 1 von 1 | 17.07.2024 | KVB

Verfassen Sie bitte Ihre Stellungnahme

Aus den Erfahrungen der Stellungnahmeverfahren der letzten Jahre sind folgende Praxistipps entstanden.



-  Setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator/ Auffälligkeitskriterium auseinander
 - *Welche Grundgesamtheit liegt dem Indikator zugrunde?*
 - *Welche Ereignisse werden betrachtet?*
 - *Welche Schlüsse können daraus gezogen werden?*
-  Achten Sie auf den Anfragetext und beantworten Sie die konkreten Fragen der Fachkommission
-  Bei risikoadjustierten Indikatoren können Risikofaktoren des Patienten nicht als Erklärung der rechnerischen Auffälligkeit herangezogen werden, da diese bereits rechnerisch für das Patientenkollektiv (z. B. Alter, BMI, Diabetes mellitus) berücksichtigt sind.
-  Analysieren und nennen Sie alle Vorgangsnummern aus Ihrer AV-Liste für jeden betroffenen Qualitätsindikator.
Diese wird Ihnen zeitgleich mit Ihren Rückmeldebericht im Excel-Format zur Verfügung gestellt.
-  Vermeiden Sie personen- oder standortbezogenen Daten (Datenschutz!)
-  Fassen Sie die erkannten Probleme zusammen
-  Leiten Sie proaktiv Verbesserungsmaßnahmen (sofern vorhanden) ein

Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie dazu konkrete Beispiele.

Praxistipps mit Beispielen

Bitte setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator (QI)/ Auffälligkeitskriterium (AK) auseinander



Qualitätsindikatoren dienen der Bewertung der Dokumentationsergebnisse

- ✓ Zielabhängig wird im Verfahren NET in Prozess- und Ergebnisindikatoren unterschieden

Beispiel Prozessindikator

QI 572003 Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung

Beispiel Ergebnisindikator

QI 572009 Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse

Follow-up Kennzahlen sind sozialdatenbasiert und messen die Ergebnisqualität. Sie haben informativen Charakter und werden nicht bewertet.

- ✓ Dafür werden Daten zu Erst- und Folgeeingriffen zusammengeführt bzw. Behandlungen über längere Zeiträume hinweg betrachtet.
- ✓ Es ist hierzu keine Stellungnahme erforderlich.

Transparenzkennzahlen haben informativen Charakter und werden nicht bewertet.

- ✓ Es ist hierzu keine Stellungnahme erforderlich.

Beispiel Follow up-Kennzahl

QI 572011 1-Jahres-Überleben

Beispiel Transparenzkennzahl

AK 572008 Anämiemanagement

Praxistipps mit Beispielen

Bitte setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator auseinander



Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien werden nach genau definierten Regeln berechnet.

- ✓ Die Rechenregeln können Sie unter folgendem Link abrufen [NET-DIAL - Beschreibung der endgültigen Rechenregeln für das Auswertungsjahr 2024 nach DeQS-RL \(iqtig.org\)](#)
- ✓ Um mögliche Fehlberechnungen und Dokumentationsfehler auszuschließen, analysieren Sie bitte die Werte, die als Zähler und Nenner in die Berechnung eingehen und beachten Sie die Erläuterungen zu der Rechenregel.

Der Referenzbereich entscheidet über eine Auffälligkeit.

- ✓ Wird ein Referenzbereich nicht erreicht, ist das Qualitätsindikatorergebnis rechnerisch auffällig.
- ✓ Werden Einrichtungen erstmalig oder mehrmals in Folge rechnerisch auffällig, wird um eine Stellungnahme gebeten, um zu klären, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

Bei risikoadjustierten Indikatoren können Risikofaktoren des Patienten nicht als Erklärung der rechnerischen Auffälligkeit herangezogen werden

Im Verfahren NET gibt es derzeit keine risikoadjustierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Eigenschaften und Berechnung	
ID	572005
Bezeichnung	Dialysefrequenz pro Woche
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2024
Erfassungsjahr	2023
Berichtszeitraum	04/2022 - 03/2023
Datenquelle	OS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2023	≤ 75,67 % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2022	≤ 80,77 % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2023	Die Festlegung des Referenzbereiches erfolgte auf der Grundlage eines Expertenkonsenses im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens.
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2023	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	Zähler Patientinnen und Patienten, die in mehr als 10 % der Wochen weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten haben Nenner Alle Patientinnen und Patienten, die eine chronische Hämodialyse, Hämodiafiltration oder Hämodiafiltration erhalten
Erläuterung der Rechenregel	Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden ausgeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Dialysebehandlung, d. h. einer Dialyседauer von mind. 15 aufeinanderfolgenden Wochen. Da bis zum Datenerfassungsschluss eines jeweiligen Erfassungsjahres noch nicht für alle Patientinnen und Patienten, deren Dialysebehandlung im 4. Quartal eines Erfassungsjahres beginnt, bekannt ist, ob die Dialyседauer mind. 13 Wochen beträgt, werden diese Patienten gegebenenfalls erst im darauffolgenden Erfassungsjahr in die Berechnung dieses Indikators eingeschlossen. Die Grundgesamtheit dieses Indikators umfasst daher die Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 01.10. des Jahres vor dem Erfassungsjahr und dem 30.09. des Erfassungsjahres eine

Endgültige Rechenregeln

Auswertungsjahr 2024
PDF V03 / 31.05.2024 / 862 KB

Auswertungsjahr 2023
PDF V02 / 31.05.2023 / 980 KB

Weitere Versionen

Prospektive Rechenregeln

Erfassungsjahr 2024
PDF V04 / 27.08.2023 / 905 KB

Erfassungsjahr 2023
PDF V01 / 18.02.2022 / 3 MB

Weitere Versionen

* Quelle: IQTIG



Bezugnahme auf rechnerische Auffälligkeiten

„Ich lege Kopien der Dokumentation der Dialysefrequenz bei, die belegen, dass die Dialysefrequenz von mind. 3x wöchentlich durchgängig eingehalten wurde.“



Bezugnahme auf rechnerische Auffälligkeiten

*Vorgangsnummern 123:
Der Patient war 93 Jahre alt und multimorbide.
Vorgangsnummern 345:
Die Patientin war adipös und hatte Diabetes.*



Auseinandersetzung mit Qualitätsindikator

Nach gründlicher Prüfung kann ich Ihnen mitteilen, dass die Berechnungsgrundlage für den betroffenen Qualitätsindikator vom IQTIG nicht korrekt ist. Wir haben im Zeitraum vom 1.10.20 bis 30.9.21 nicht n = 47, sondern n = 98 Patienten mit Hämodialyse oder Hämodiafiltration behandelt.



Keine aussagekräftige Stellungnahme

„Wir haben unsere Dokumentation überprüft, können aber keine Auffälligkeit feststellen.“



Keine aussagekräftige Stellungnahme

*„Beide Patienten waren im Pflegeheim hospitalisiert.“
„Beide Patient:innen hatten nennenswerte Vorerkrankungen.“*



Keine aussagekräftige Stellungnahme

*„Die Auffälligkeit kann ich nicht nachvollziehen. Wir erfüllen alle Vorgaben. „
„Es handelt sich um drei Einzelfälle, die aufgrund der kleinen Fallzahl nicht statistisch signifikant sind. Daher erfolgt keine Stellungnahme.“*

Anfragetext QI 572005 Dialysefrequenz pro Woche

Bitte analysieren Sie stichprobenartig die rechnerisch auffälligen Vorgänge, hinsichtlich folgender Fragestellungen:

- ✓ Liegen ggf. Dokumentationsfehler vor? Falls ja, in wie vielen Fällen?
- ✓ Wenn keine Dokumentationsfehler vorliegen: Aus welchem Grund wurden die Patienten*innen weniger als dreimal in der Woche dialysiert?
- ✓ Können strukturelle oder prozedurale Ursachen für das auffällige Ergebnis festgestellt werden?
- ✓ Wurden ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse bereits eingeleitet oder umgesetzt? Falls ja, bitte beschreiben Sie diese.

Anfragetext QI 572009 Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse

Bitte analysieren Sie stichprobenartig die rechnerisch auffälligen Vorgänge, hinsichtlich folgender Fragestellungen:

- ✓ Welche zugangsassozierten Komplikationen traten bei dem Patienten/der Patientin auf?
- ✓ Aus welchem Grund traten bei den Patienten*innen eine zugangsassoziierte Komplikation auf, die stationär behandelt werden musste?
- ✓ Können strukturelle oder prozedurale Ursachen für das auffällige Ergebnis festgestellt werden?
- ✓ Wurden ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse bereits eingeleitet oder umgesetzt? Falls ja, bitte beschreiben Sie diese.
- ✓ Liegen zu diesen Fällen aus Ihren Klinikunterlagen Informationen zu den zugangsassozierten Komplikationen vor? Falls nein, geben Sie dies bitte in der Stellungnahme an.

Anfragetext QI 572010 Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen

Bitte analysieren Sie stichprobenartig die rechnerisch auffälligen Vorgänge, hinsichtlich folgender Fragestellungen:

- ✓ Aus welchem Grund kam es bei den Peritonealdialysepatienten*innen zu einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion?
- ✓ Warum führte die Infektion zur Hospitalisierung?
- ✓ Können strukturelle oder prozedurale Ursachen für das auffällige Ergebnis festgestellt werden?
- ✓ Wurden ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse bereits eingeleitet oder umgesetzt? Falls ja, bitte beschreiben Sie diese.
- ✓ Liegen zu diesen Fällen aus Ihren Klinikunterlagen Informationen zu den PD-Katheter-assoziierten Infektionen vor? Falls nein, geben Sie dies bitte in der Stellungnahme an.

Praxistipps mit Beispielen

Verzichten Sie bitte auf personen- oder standortbezogene Daten Bitte analysieren und nennen Sie die Vorgangsnummern aus den AV-Listen



Vorgangsnummern lt. AV-Liste



Datenschutz

„Vorgangsnummern 123:

Die Überweisung erfolgte am 23.04.2023. Die Dialyse in meiner Praxis fand am 08.05.2023 statt.“



Verwendung personen- oder standortbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Nennung eines anderen LE etc.)

„Bei Max Mustermann, geboren am 01.01.1890, erfolgte die Dialyse aufgrund der Überweisung von Dr. Test.



Alle Vorgangsnummern lt. AV-Liste

„Vorgangsnummern 123 sowie 345:

Es handelt sich in beiden Fällen um eine Fehldokumentation. Die erneute Durchsicht der Akten ergab, dass es sich bei diesen Patienten nicht um eine chronische Dialysebehandlung handelte.

Vorgangsnummer 456:

Die rechnerische Auffälligkeit ergibt sich aus einem Personalengpass, welcher dem hohen Krankheitsaufkommen während der Corona-Pandemie geschuldet ist.

Vorgangsnummer 789 bis 123

Bei diesen Patienten handelt es sich um einen Patienten unter 18 Jahren, der versehentlich dokumentiert wurde.



Kein Miteinbezug aller Vorgangsnummern

„Es handelt sich bei zwei Fällen um eine Fehldokumentation.

Praxistipps mit Beispielen

Bitte fassen Sie Ihre Erkenntnisse zusammen

Leiten Sie bitte Verbesserungsmaßnahmen (sofern vorhanden) ab



Verweis auf künftige Anpassung

„Es handelt sich um einen Dokumentationsfehler. In der Klinik XXX liegen diese Leitlinien vor. Unsere Praxis schließt sich den Leitlinien der Klinik an. Wir haben dies in unseren QM-Unterlagen vermerkt und für alle Mitarbeiter gut zugänglich hinterlegt.“



Verweis auf künftige Anpassung

Wir alle, 3 ärztliche und 2 nichtärztliche Mitarbeiter unserer Praxis nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil, haben die Nachweise aber nicht abgelegt. Dies werden wir künftig ändern.

Die Möglichkeit zur Online-Teilnahme an diesen Veranstaltungen bestand, wurde aber nicht genutzt. Dies wird nachgeholt.



Keine Einsicht bezüglich der Auffälligkeit

„Ich führe alle Dialysen in der Klinik XXX selber durch, so dass sich eine Leitlinie erübricht.“



Keine inhaltlich aussagefähige Begründung



Unklarheit, ob Verbesserungsmaßnahmen möglich sind

Für das Jahr 2023 hat sowohl das nicht-ärztliche als auch das ärztliche Personal an einer Schulung teilgenommen.

Online-Schulungen wurden uns vom Klinikum XXX nicht angeboten.

Reichen Sie bitte Ihr ausgefülltes Stellungnahmeformular bis 19.08.2024 ein.

Stellungnahmeformulare müssen aus datenschutzrechtlichen Gründen als verschlüsseltes PDF an das Postfach sQS-NET@KVB.de gesendet werden



Stellungnahmeverfahren sQS PCI zum Auswertungsjahr 2023

Ihr Pseudonym Nr.: ba8kv#hnhk-4bs0df

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
„Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ (sQS PCI)

Indikator bzw. Qualitätsindikator Nr. oder Auffälligkeitskriterium Nr.: 852201

Ursachen für die Abweichungen von den bundesweiten Referenzwerten für Ihre Einrichtung

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden eingeleitet

ggf. erforderliche Modifikationen der einrichtungsinternen Prozesse wurden bereits umgesetzt

1
Ausgefülltes
Stellungnahme-
formular

Sicherheit

Kennwortschutz

Interaktiv

Vertraulich

Keine Änderung

Zertifikatsicherheit

Interaktiv

2
Sicherheits-
einstellungen
für das PDF

Möchten Sie die Sicherheitseinstellungen für dieses Dokument wirklich ändern?

Diese Meldung nicht mehr anzeigen.

Ja Nein

Kennwort

Sobald das Dokument, das mit dem Sicherheitsschema geschützt werden soll, gespeichert ist, kann es nur noch mit dem Kennwort zum Öffnen geöffnet werden.

Kennwort zum Öffnen des Dokuments:

OK Abbrechen

Datei Enterprise Vault - Archived Item Hilfe Kofax PDF Was möchten Sie tun?

This item has been archived by Enterprise Vault. Click here to view the original item.

From: Max Mustermann

To: Postfach VER - CoC QS - sQS-NET

Cc: Cernicka, Tina (KVB - München);

Subject: Stellungnahme

Anbei unsere bis 31.8.23 gewünschte Stellungnahme per pdf Datei.

Prof. Dr. med. Max Mustermann
Ärztlicher Leiter
MVZ XXX
ABC Straße 65
83764 Testlingen

Attachments:

Stellungnahme QI 56000	Stellungnahme QI 56009	Stellungnahme AK 852105	(36 KB)
------------------------	------------------------	-------------------------	---------

6
Mail mit verschlüsselter PDF
je Qualitätsindikator/ Auffälligkeitskriterium

5
Bitte geben Sie als **Kennwort** Ihr **Pseudonym** ein. Dieses finden Sie in Ihrem Anschreiben und dem Rückmeldebericht.

Bitte achten Sie beim Kopieren oder Eintippen Ihres Pseudonyms darauf, dass sich **kein Leerzeichen** an Anfang oder Ende einfügt, da wir sonst Ihr Formular nicht öffnen können.

Geschafft: Sie haben Ihre Stellungnahme erfolgreich eingereicht!

Die KVB leitet Ihre Stellungnahme an die Fachkommission der LAG weiter



Bei sektorenübergreifenden datengestützten-Verfahren wie NET obliegt die Qualitätssicherung der Landesarbeitsgemeinschaft Bayern.

- ✓ Die Homepage der LAG Bayern finden Sie hier: <https://lag-by.de/>

Die Besetzung der Fachkommission NET ist in der DeQS-Richtlinie geregelt.

- ✓ Die DeQS-Richtlinie finden Sie hier: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>

Derzeit sind u.a. 3 niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie, mit Fachkenntnissen in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patient*innen, in der Fachkommission NET tätig.

Die Fachkommission NET soll wie folgt zusammengesetzt sein:

Ärzte

- ✓ drei Vertreter der Vertragsärzte, ein Vertreter der Krankenhäuser sowie ein Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie.
 - Mindestens drei der Vertreter der Vertragsärzte und der Krankenhäuser müssen Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sein.
 - Alle oben genannten Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patienten nachzuweisen.
- ✓ Darüber hinaus sollte mindestens ein Chirurg, der Nierentransplantationen durchführt, ein Mitberatungsrecht erhalten.

Assistenz- und Pflegepersonal aus Dialyseeinrichtungen und Krankenhäusern

- ✓ Bis zu zwei Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht.

Patientenvertreter

- ✓ Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen.

Sonstige

- ✓ Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

Ihre Stellungnahme wird der Fachkommission vorgelegt

Die Fachkommission sichtet und bewertet Ihre Stellungnahme gemäß bundesweit einheitlichen Vorgaben



Bewertungsvorgaben von Stellungnahmen bei rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatoren

✓ Qualitativ auffällige Stellungnahme

- A71: Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
- A72: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
- A99: Sonstiges



Nicht aussagefähige Stellungnahmen führen zu einer Bewertung als **qualitativ auffällig!**

✓ Qualitativ unauffällige Stellungnahme

- U61: Besondere klinische Situation
- U62: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
- U63: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme
- U99: Sonstiges

✓ Sonstige Bewertung

- D80: Unvollständige oder falsche Dokumentation
- D81: Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
- S92: Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
- S99: Sonstiges



Sie erhalten eine Rückmeldung der Fachkommission

Die Fachkommission entscheidet ggf. durch ein zusätzliches Kollegialgespräch, ob es sich bei der rechnerischen Auffälligkeit um ein qualitatives Problem handelt und unterstützt Sie mit Empfehlungen für Verbesserungsmaßnahmen



In Einzelfällen wird eine Zielvereinbarung mit Ihnen abgeschlossen

Bei wiederholten Dokumentationsdefiziten und qualitativen Auffälligkeiten, kann die LAG eine Zielvereinbarung mit Ihnen abschließen, in der konkrete Verbesserungsmaßnahmen beschrieben sind

Die aggregierten Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens werden im jährlichen Bundesqualitätsbericht des G-BA veröffentlicht.

https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Bundesqualitaetsbericht-2023_2023-11-08.pdf

LAG BAYERN
Landesärztekammer für Rheingolden, Wittlichgebirgsregion, Qualitätsförderung in Bayern • Bismarckstraße 18 • 80331 München

Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität

Leistungserbringer _____

Pseudonym/Standort _____

QS-Verfahren _____

Auffälligkeitskriterium _____

Für Ihren Standort erfolgte bei o. g. Auffälligkeitskriterium für das Erfassungsjahr 2022 mindestens zum zweiten Mal in Folge eine Bewertung mit „Unvollständige oder falsche Dokumentation“ (A70). Die Fachkommission Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie bittet daher um Abschluss folgender Zielvereinbarung:

Alle QS-dokumentationspflichtigen Fälle, die im Jahr 2023 entlassen und somit abschließbar sind, werden Klinikintern hinsichtlich der korrekten Dokumentation der (je nach AK) geprüft. Eine Überprüfung und falls nötig Korrektur der Daten des Erfassungsjahres 2023 erfolgt bis spätestens 31.01.2024, so dass die Ergebnisse der endgültigen Jahresauswertung auf validen Daten basieren.

Bitte teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Überprüfung unaufgefordert bis 31.01.2024 schriftlich mit an stmv@lag-by.de.

Bitte senden Sie uns diese Zielvereinbarung unterschrieben bis zum 30.11.2023 per E-Mail an stmv@lag-by.de.

Wir sind mit der Zielvereinbarung einverstanden:

Datum _____ Name (in Druckbuchstaben) _____ Unterschrift Leistungserbringer _____

Datum _____ Geschäftsführung _____

Geschäftsstelle: Widenmühlstraße 18, 80331 München | T: 089 211580-0 (P) | 089 211580-20 | geschaeftsstelle@lag-by.de
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern (BAGL) | BAV: 02039 7016 0000 1500 2016 50 | BAVPT AGC, BMDK DR 044

Bis zum 15. März 2025 haben Sie noch die Möglichkeit, bereits eingereichte Dokumentationen für das Erfassungsjahr 2024 zu korrigieren

Um frühzeitig etwaigen Auffälligkeiten im kommenden Jahr entgegen zu wirken, stehen Ihnen unterjährig Quartalsberichte zur Verfügung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Für Rückfragen wenden Sie sich gerne an uns!



Unsre Homepage
[QS-Verfahren KVB](#)

Unser PCI Postfach
sQS-NET@KVB.de

Ihre Ansprechpartner
Tina Cernicka **089/57093-2331**
Chiara Höher **089/57093-2313**

Mitglieder > Patientenversorgung > Qualitätssicherung > Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

QUALITÄTSSICHERUNG

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) hat das Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung über die Sektorengrenze ambulant-stationär hinweg zu erfassen und zu bewerten.

Behandlungsverläufe können über verschiedene daran beteiligte Leistungserbringer und größere Zeiträume hinweg betrachtet werden.

- + Rechtliche Grundlagen
- + Sektorenübergreifende Verfahren
- + Durchführung in Bayern
- + Datenannahme in Bayern

Direkt zu den Verfahren

- ↓ Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen
- ↓ Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
- ↓ Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen

SQS-VERFAHREN

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen

- + Allgemeines (Kontakte etc.)
- + Rückmeldeberichte
- + Stellungnahmeverfahren
- + Falldokumentation
- + Vergütungsabschlüsse
- + Patientenbefragung ab 2024
- + Sozialdaten der Krankenkassen