Praxistipps für Ihre aussagefähige Stellungnahme



sQS Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

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/ung/sektoruebergreifende-qualitaetssicherung/unter dem
 Unterpunkt Perkutane Koronarintervention und
 Koronarangiographie/ 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 <u>Jahresauswertungen nach DeQS-RL. Leseanleitung, Hinweise zur Risikoadjustierung und Glossar (iqtig.org)</u>



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/sektoruebergreifende-qualitaetssicherung/ unter dem Unterpunkt Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie/ 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.





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.

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



Qualitätsindikatoren dienen der Bewertung der Dokumentationsergebnisse

✓ Zielabhängig wird in Indikations-, Prozess- und Ergebnisindikatoren unterschieden

Follow-up Indikatoren sind sozialdatenbasiert und messen die Ergebnisqualität.

✓ Dafür werden Daten zu Erst- und Folgeeingriffen zusammengeführt bzw. Behandlungen über längere Zeiträume hinweg betrachtet.

Beispiel Indikationsstellung

QI 56000 Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

Beispiel Prozessindikator

QI 56003 "Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt

Beispiel Ergebnis-/ Follow up-Indikator

QI 56012 Therapiebedürftige Blutungen und funktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen

Auffälligkeitskriterien dienen der Überprüfung der inhaltlichen Plausibilität der Dokumentation und der Vollzähligkeit der Datenübermittlung.

- Stellungnahmen sind bei Auffälligkeitskriterien anders zu beantworten. Medizinische Erklärungen sind
 i.d.R. nicht notwendig.
- ✓ Jede rechnerische Auffälligkeit führt zu einem Stellungnahmeverfahren.
- ✓ Liegt 2 Jahre in Folge eine fehlerhafte Dokumentation vor, wird eine Zielvereinbarung zur Verbesserung der Dokumentationsqualität abgeschlossen.

Beispiel Auffälligkeitskriterium

AK 852106 Angabe Kreatininwert unbekannt

Beispiel Auffälligkeitskriterium

AK 852201 Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Bitte setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator/ Auffälligkeitskriterium auseinander



Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien werden nach genau definierten Regeln berechnet.

- ✓ Die Rechenregeln können Sie unter folgendem Link abrufen <u>PCI Beschreibung der endgültigen Rechenregeln für das</u> 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.

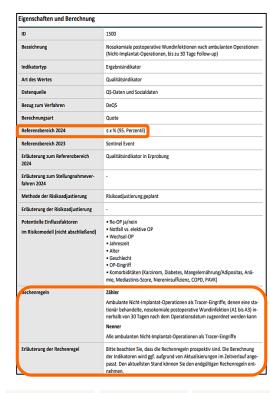
- ✓ Wird ein Referenzbereich nicht erreicht, ist das Qualitätsindikatorergebnis rechnerisch auffällig.
- Werden Einrichtungen erstmalig oder mehrmals in Folge rechnerisch auffällig, wird um eine Stellungnahme gebeten, um zu klären, ob es sich um eine qualitative Auffälligkeit handelt.

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

Beispiel für einen Qualitätsindikator mit Risikoadjustierung

QI 56018 MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms, Indikation zur Koronarangiographie, Dringlichkeit der Prozedur, Ejektionsfraktion, Grad der Herzinsuffizienz nach NYHA, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, Zustand nach koronarer Bypass-OP sind in der Berechnung bereits berücksichtigt





* Quelle: IQTIG

Bitte setzen Sie sich mit dem Qualitätsindikator/ Auffälligkeitskriterium auseinander





Bezugnahme auf rechnerische Auffälligkeiten

"Ich lege Kopien der Dokumentation zum Kreatininwert bei, die belegen, dass der Kreatininwert ordnungsgemäß dokumentiert wurde."



Bezugnahme auf rechnerische Auffälligkeiten

Vorgangsnummern 123:

Der Patient war 93 Jahre alt und multimorbide.

Vorgangsnummern 345:

Die Patientin war adipös und hatte Diabetes.



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."



Auseinandersetzung mit Qualitätsindikator

Nach gründlicher Prüfung kann ich Ihnen mitteilen, dass die Berechnungsgrundlage für den betroffenen Qualitätsindikator vom IQTIG nicht korrekt ist. Wir haben nicht n = 47, sondern n = 98 Patienten mit gesicherten oder fraglichen, objektiven (apparativen) nicht-invasiven Ischämiezeichen (Belastungs-EKG, Herz-CT, Belastungsszintigraphie, Stress-Echo oder anderen Tests behandelt.



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."

Gehen Sie bitte auf den Anfragetext im Anschreiben der KVB ein



Zum Qualitätsindikator 56000 bittet das IQTIG diesjährig um eine Sonderanalyse.

- ✓ Bitte nutzen die Exceltabelle mit den eingefügten Dropdown Menus.
- ✓ Bitte benennen Sie Ihre Vorgangsnummern.
- ✓ Bitte geben Sie Ihr Pseudonym an

Frage	Vorgangsnr. 1	Vorgangsnr. 2	Vorgangsnr. 3	Vorgangsnr. 4	Vorgangsnr. 5	1
1 a) Lag zum Zeitpunkt der						
Indikationsstellung ein objektiver, nicht-						
invasiver Ischämienachweis vor?						
(Unabhängig von der Art des						
lschämietests und dem durchführenden						nein
Leistungserbringer.)		·				
1 b) <u>Wenn "Nein"</u> , warum war er für die						
Indikationsstellung verzichtbar?						
2 a) Was war der Hauptanlass für die		_				Y (600)
Koronarangiographie?		·				Chronisches Koronarsyndrom (CCS) Akutes Koronarsyndrom (ACS)
2 b) Wenn "Sonstiges" bitte benennen.		_				Herzerkrankung mit eingeschränkter Ventri
3 a) Vorgang ist nicht reindentifizierbar						Klappenvitien
3 b) Wenn ja, welche Angaben fehlen						Rhythmusstörungen Präoperative Diagnostik
Ihnen, um den Vorgang reidentifizieren						Kreislaufstillstand/Reanimation
zu können, die über die Angaben aus						Sonstiges
dem Dokument						
DeQS PCI AJ2024 SONDER Ihr						
Pseudonym 2024-06-28 hinausgehen?						
Ihr Pseudonym:						

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





Vorgangsnummern It .AV-Liste



Datenschutz

"Vorgangsnummern 123:

Die Überweisung erfolgte am 23.04.2023. Die Operation 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 der Eingriff aufgrund der Überweisung von Dr. Test.



Alle Vorgangsnummern It .AV-Liste

"Vorgangsnummern 123 sowie 345:

Es handelt sich in beiden Fällen um eine Fehldokumentation. Die erneute Durchsicht der Akten ergab eine ASA-Klassifikation von 4. Eine Nachschulung der Verantwortlichen ist erfolgt.

Vorgangsnummer 456:

Die rechnerische Auffälligkeit ist durch die Patientenselektion (Pat. mit Intervention/PCI verbleiben stationär) verursacht.

Vorgangsnummer 789 bis 123

Bei diesen Patienten haben wir noch eine alte Herzkatheteranlage benutzt. Diese wurde zwischenzeitlich ausgetauscht.



Kein Miteinbezug aller Vorgangsnummern

"Es handelt sich bei zwei Fällen um eine Fehldokumentation. Die erneute Durchsicht der Akten ergab eine ASA-Klassifikation von 4. Eine Nachschulung der Verantwortlichen ist erfolgt.

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."



Keine Einsicht bezüglich der Auffälligkeit

"Ich führe alle operativen Tätigkeiten in der Klinik XXX selber durch, so dass sich eine Leitlinie erübricht."



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 inhaltlich aussagefähige Begründung



Unklarheit, ob Verbesserungsmaßnahmen möglich sind

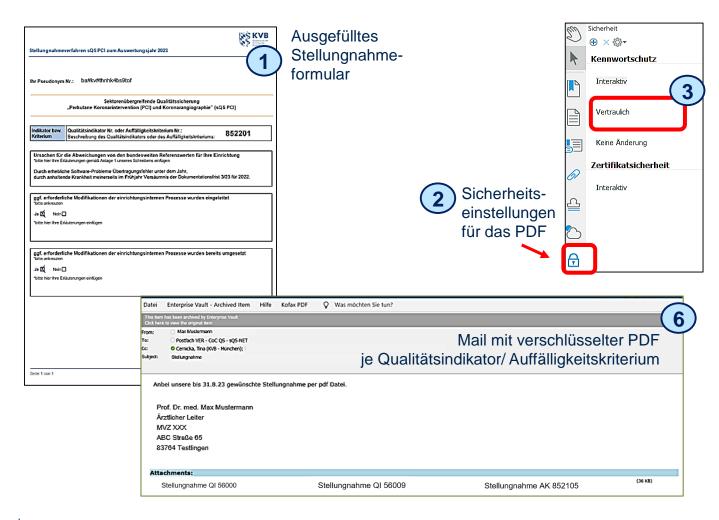
Für das Jahr 2023 hat sowohl das nicht-ärztliche als auch das ärztliche Personal an einer Schulung teilgenommen.

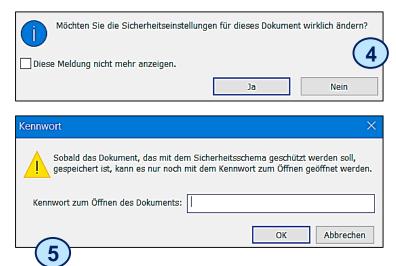
Online-Schulungen wurden uns vom Klinikum XXX nicht angeboten.

Reichen Sie bitte Ihr ausgefülltes Stellungnahmeformular bis 19.08.2024 ein.

Stellungnahmeformulare müssen aus datenschutzrechtlichen Gründen als verschlüsseltes PDF an das Postfach <u>sQS-PCI@KVB.de</u> gesendet werden







Bitte geben Sie **als Kennwort** Ihr <u>Pseudonym</u> ein. Dieses finden Sie in Ihrem <u>Anschreiben</u> und dem <u>Rückmeldebericht</u>.

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 PCI obliegt die Qualitätssicherung der Landesarbeitsgemeinschaft Bayern.

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

Die Besetzung der Fachkommission PCI 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 Kardiologen, die persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen, in der Fachkommission PCI tätig.

Die Fachkommission PCI soll wie folgt zusammengesetzt sein:

<u>Ärzte</u>

- je zwei Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie ein Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist.
 - Jeweils ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein.
- ✓ Darüber hinaus soll die Fachkommission mit einem Herzchirurgen besetzt sein.
 - Alle vorgenannten Vertreter haben Fachkenntnisse der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Herzkranzgefäße
 - Mindestens ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen.

Assistenzpersonal aus Herzkatheterlaboren

/ Bis zu zwei Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten.

<u>Patientenvertreter</u>

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



- 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

Bewertungsvorgaben von Stellungnahmen bei Auffälligkeitskriterien

- A70: Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt
- A72: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
- U60: Korrekte Dokumentation wird bestätigt



Nicht aussagefähige Stellungnahmen führen zu einer Bewertung als qualitativ auffällig!

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



Sie erhalten eine Rückmeldung der Fachkommission



Die Fachkommission entscheidet ggf. durch ein zusätzliches <u>Kollegialgespräch</u>, 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

		LAGBAYER
	Landmathninger einscheit zur deimger Etzlen, einsicht.	urgalbergreifenden Quel dissildrenung in Einyern - Hinnandedenstr. 10 - 80201 Mü
Dichtlinia zur da	dan mestüteten einsishtungsübern	reifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)
MCHUIIIE Zui Ge	rengestutzen ennichtungsuberg	Selegion Commencial and Machine
Zielvereinbarun	g zur Verbesserung der Dokumen	ntationsqualität
Leistungserbringer		
Pseudonym/Stand	ort	
QS-Verfahren		
Auffälligkeitskriter	ium	
Für ihren Star dan	adaleta hai a er Auddilliaka kalendaruduru	n für das Erfassungsjahr 2022 mindestens zum
	ge eine Bewertung mit "Unvollzählige o	
Die Fachkommissio folgender Zielverei		Koronarangiographie bittet daher um Abschluss
Alle Q5-dokument: klinikintern hinsich nötig Korrektur de der endgültigen Jai	tlich der korrekten Dokumentation der r Daten des Erfassungsjahres 2023 erfol hresauswertung auf vallden Daten basie	
Alle QS-dokument: klinikintern hinsich nötig Korrektur de der endgültigen Jai Bitte teilen Sie uns	tlich der korrekten Dokumentation der r Daten des Erfassungsjahres 2023 erfol hresauswertung auf vallden Daten basie	[je nach AK] geprüft. Eine Überprüfung und falls Igt bis spätestens 31.01.2024, so dass die Ergebnis
Alle QS-dokument: klinikintern hinsich nötig Korrektur de der endgültigen Jai Bitte teilen Sie uns stnv@lag-by.de.	tlich der korrekten Dökumentation der Daten des Erfassungsjahres 2023 erfol hresauswertung auf vallden Daten basie das Ergebnis Ihrer Überprüfung unaufg	[je nach AK] geprüft. Eine Überprüfung und falls Igt bis spätestens 31.01.2024, so dass die Ergebnis eren.
Alle QS-dokument: klinikintern hinsin nötig Korrektur de der endgültigen Jai Bitte teilen Sie uns stnw@lag-by.de. Bitte senden Sie un	tlich der korrekten Dökumentation der Daten des Erfassungsjahres 2023 erfol hresauswertung auf vallden Daten basie das Ergebnis Ihrer Überprüfung unaufg	[je nach AV] geprüft. Eine Überprüfung und falls igt bis spätestens 31.01.2024, so dass die Ergebnis resp. gefordert bis 31.01.2024 schriftlich mit an
Alle QS-dokument: klinikintern hinsin nötig Korrektur de der endgültigen Jai Bitte teilen Sie uns stnw@lag-by.de. Bitte senden Sie un	dlich der korreiten Dokumentation der Chaten des Efrasungslahres 2023 erfol hresauswertung auf vallden Daten basie das Ergebnis ihrer Überprüfung unaufg ns diese Zielwereinbarung unterschriebe	[je nach AV] geprüft. Eine Überprüfung und falls igt bis spätestens 31.01.2024, so dass die Ergebnis resp. gefordert bis 31.01.2024 schriftlich mit an
Alle QS-dokument. kinnikintern hinsich nötig Korrektur de der endiglitigen Jai Bitte teilen Sie uns stenvælag-by.de. Bitte senden Sie ur Wir sind mit der Zi	dlich der korreiten Dokumentation der Chaten des Efrasungslahres 2023 erfol hresauswertung auf vallden Daten basie das Ergebnis ihrer Überprüfung unaufg ns diese Zielwereinbarung unterschriebe	[je nach AV] geprüft. Eine Überprüfung und falls igt bis spätestens 31.01.2024, so dass die Ergebnis resp. gefordert bis 31.01.2024 schriftlich mit an
Alle QS-dokument: klinklintern hinsich nötig Korrektur de der endgültigen Jai Bitte teilen Sie uns stnv@lag-by.de. Bitte senden Sie un	dlich der korreiten Dokumentation der Daten des Efrasungiahnes 2023 erfolinresauswertung auf validen Daten basie das Ergebnis ihrer Überprüfung unaufg st. diese Ziehvereinbarung unterschriebe elvereinbarung einverstanden:	[je nach Arg geprüft: Eine Übenprüfung und falls igt bis spiktestens 31.01.2024, so dass die Ergebnis eren. gefordert bis 31.01.2024 schriftlich mit an der bis zum 30.11.2023 per E-Mail an <u>strußleg-by.6</u>

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!



(iii) Mitglieder) Patlentenversorgung) Qualitätssicherung) Sektorübergreifende Qualitätssicherung QUALITÄTSSICHERUNG

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Unsre Homepage QS-Verfahren KVB

Unser PCI Postfach sQS-PCI@KVB.de

Ihre Ansprechpartner

Tina Cernicka 089/57093-2331

Chiara Höher 089/57093-2313



SQS-VERFAHREN

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Allgemeines (Kontakte etc.)

Aktuelles vom IQTIG

Rückmeldeberichte

Stellungnahmeverfahren

Vergütung für Dokumentation

Falldokumentation

Patientenbefragung seit 2022

Sozialdaten der Krankenkassen