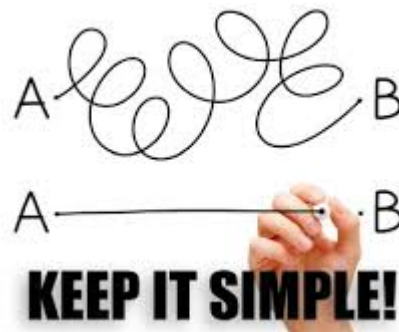
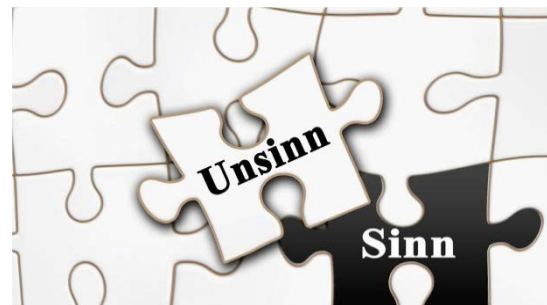


Erfahrungen mit der 100% Dokumentationsrate

- Externe verpflichtende QS
QSKH-RL/DeQS-RL (Qesü-RL)



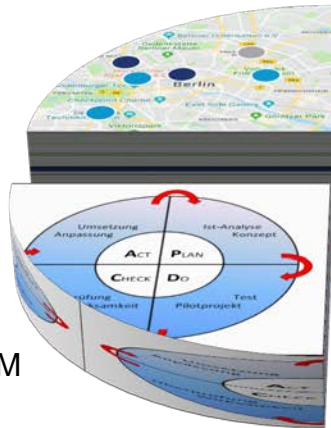
Ist die 100% Regel sachgerecht?



Anforderungen für Krankenhäuser aus der QS

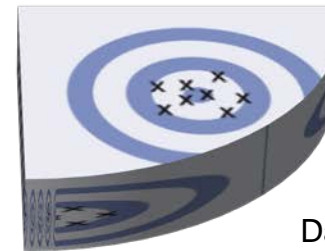


Krankenhaus-
vergleich



Internes QM



**Datenvollständig-
keit 100%**

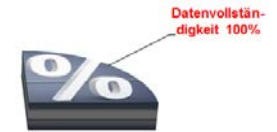


Datenvalidität



Ist die 100% Regel sachgerecht ?

- Musterberufsordnung Ärzte
- GMG (GKV Modernisierungsgesetz) 01.01.2004 
- SGB V (Sicherung der Qualität der Leistungserbringung §§ 135 – 139d)
- KHSG (Krankenhausstrukturgesetz) 01.01.2016
 - Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - Qualitätsindikatoren für Zu- und Abschlüsse
 - MDK-Qualitätskontroll-RL
 - ... 



Zitat:

Verpflichtung zur QS (§ 2 **Musterberufsordnung Ärzte**)

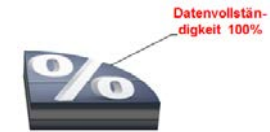
„ ... seinen Beruf gewissenhaft nach den Geboten der ärztlichen Ethik und insbesondere nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszuüben“, „... erfordert ... die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse“

GKV Modernisierungsgesetz 01.01.2004

„§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss“

„§ 137 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten.“





KHG (neue Fassung) ab 01.01.2016 (geändert durch KHSG)

§ 5

(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche **mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität** auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen **Qualitätszu- oder -abschlag**. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben. Die zeitliche Begrenzung für die Erhebung von Qualitätsabschlägen nach § 8 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 auf höchstens drei Jahre ist zu beachten.

§ 8

(1a) 1 Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren** nach § 6 Absatz 1a auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben **nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen**, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. 2 Die Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.

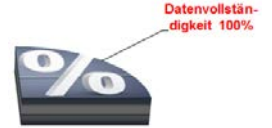
(1b) Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.

SGB V Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

- § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung
- § 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- § 135c Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft
- § 136 **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung**
- § 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen
- § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus
- § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung
- § 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss
- § 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
- § 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- § 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

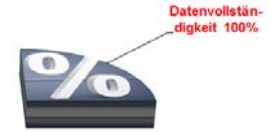
...



Die 100% Regel - sind die KH vorbereitet ?

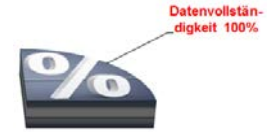
Berlin 2017, Angaben der Qualitätsberichte			
Modul indirekt	Minimum	Maximum	Durchschnitt
9n1	98,1%	102,0%	99,9%
9n2	100,0%	100,0%	100,0%
9n3	75,0%	100,0%	98,6%
9n4	99,6%	100,0%	100,0%
9n5	98,3%	100,0%	99,9%
9n6	98,8%	100,0%	99,9%
10n2	96,5%	100,0%	99,6%
15n1	71,4%	102,5%	98,9%
16n1	99,6%	100,1%	99,9%
17n1	96,7%	125,6%	100,7%
18n1	98,1%	105,9%	100,3%
DEK	95,8%	106,7%	100,1%
HEP	75,0%	102,4%	99,3%
HEP_IMP	75,0%	102,2%	99,0%
HEP_WE	15,4%	122,2%	96,5%
KEP	28,9%	102,4%	98,0%
KEP_IMP	32,4%	100,4%	97,4%
KEP_WE	0,0%	144,4%	98,1%
NEO	97,9%	101,3%	99,9%
PNEU	97,2%	140,0%	100,9%

Brandenburg 2017, Angaben der Qualitätsberichte			
Modul indirekt	Minimum	Maximum	Durchschnitt
9n1	72,9%	102,6%	99,1%
9n2	78,6%	108,0%	99,6%
9n3	97,6%	106,5%	100,2%
9n4	95,1%	100,0%	99,6%
9n5	100,0%	100,0%	100,0%
9n6	95,7%	100,0%	99,8%
10n2	95,2%	102,9%	99,8%
15n1	99,3%	104,1%	100,3%
16n1	99,6%	100,9%	100,0%
17n1	66,7%	111,5%	99,3%
18n1	98,7%	106,2%	100,8%
DEK	98,1%	109,2%	100,3%
HEP	86,9%	102,7%	99,8%
HEP_IMP	86,4%	102,7%	99,7%
HEP_WE	80,0%	117,9%	100,3%
KEP	71,4%	102,2%	98,9%
KEP_IMP	76,9%	101,9%	98,8%
KEP_WE	100,0%	128,6%	104,2%
NEO	20,0%	102,1%	95,6%
PNEU	97,0%	106,5%	100,2%



Fallstricke

- Fallzusammenführungen
- MDK-Korrekturen
- Spezifikationsungenauigkeiten -> Korrekturen
- Fallumwandlungen (z.B. stat. -> amb.)
- Änderungen am Versichertenstatus
(z.B.: GKV -> PKV, bes. Personenkreis)
- Schnittstellen zu Subsystemen außerhalb KIS
- Interne Prozesse
- Standortzuordnungen
- Belegoperationen
- Differierender Zeitpunkt Sollstatistik/Ende
Datenlieferung

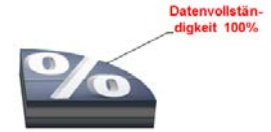


Fallstricke

Fallzusammenführungen/MDK-Korrekturen

Erneute QS-Bearbeitung weil:

- Entlassdatum geändert
- Zählleistungsbereiche neu zuordnen
- „Alte“ gelieferte Datensätze stornieren
- Bewertungen neu vornehmen
(z.B. DEK bei Aufnahme vorhanden)
- Prozeduren/Diagnosen ergänzen/reduzieren ->
QS-Bogen neu anlegen/stornieren

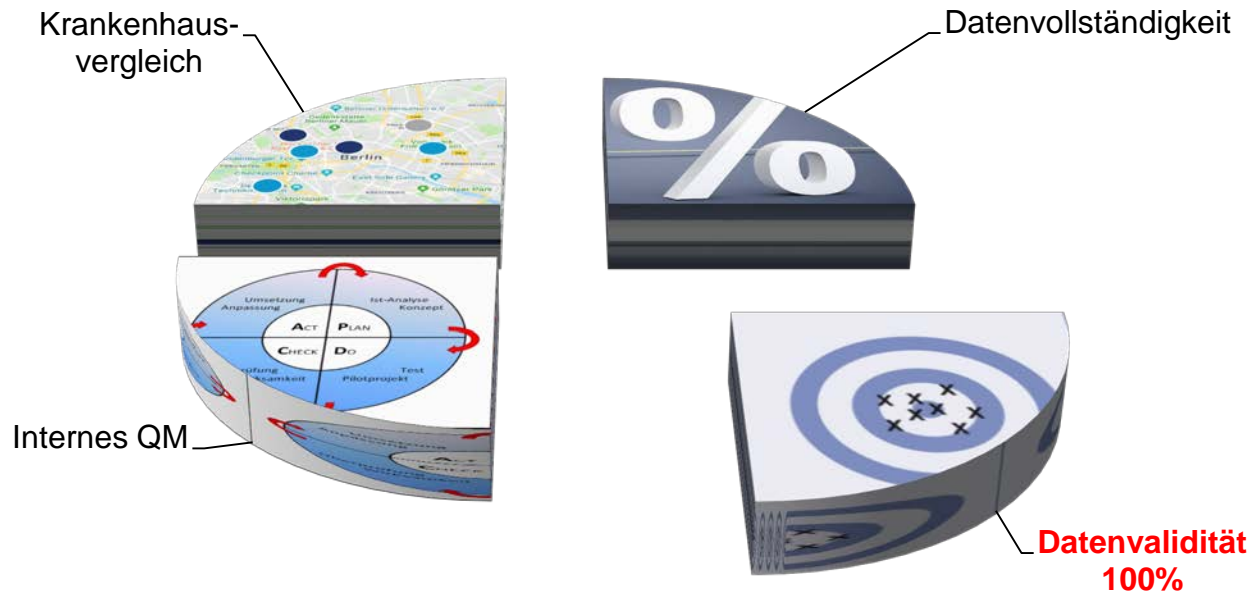


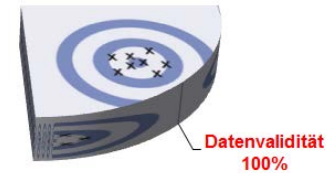
Fallstricke Korrekturen der Spezifikation

Verzögerte QS-Bearbeitung weil:

- Bei Implausibilität der Regeln -> QS-Vorgang nicht exportierbar
 - z.B. Modul 18/1 2019 - behoben 03/2019 - > Quartalslieferung!
- Zählleistungsbereiche implausibel sind
 - z.B. Module HEP und KEP 2019 – behoben 02/2019
- Versichertendaten nicht (vollständig) vorliegen
 - z.B. Modul NEO 2018/2019

Anforderungen für Krankenhäuser aus der QS





Datenvalidität

100% Übereinstimmung von

- durch Filterprüfung ermittelte Fälle
<-> gelieferte Datensätze
- Kodierung im § 21-Datensatz
<-> QS-Dokumentation
- Dokumentation Patientenakte
<-> QS-Dokumentation

Siehe auch: MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie: Teil A. – Allgemeiner Teil, Teil B. - Besonderer Teil I., Erster Abschnitt, Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

Anforderungen für Krankenhäuser aus der QS



Krankenhaus-
vergleich

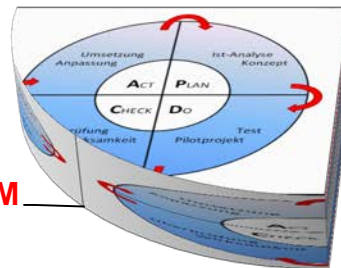


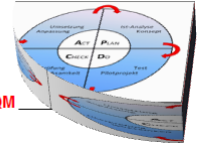
Datenvollständigkeit



Datenvalidität

**Internes QM
100%**

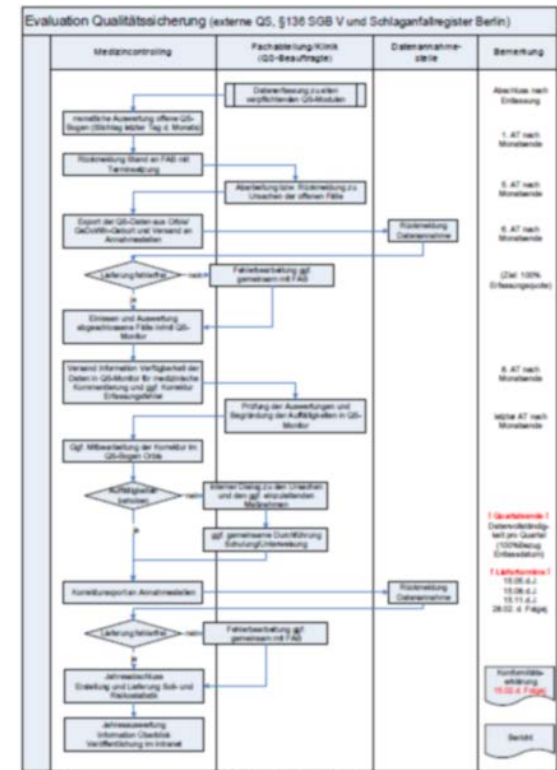


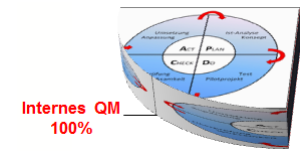


Internes QM
100%

Interne Prozesse / externe Kommunikation

- Verantwortung der Leitung
- Strukturierter Monatsabschluss mit Datenexport
- Quartalsabschluss mit 100%
- Feste QS-Ansprechpartner
- Kontinuierlicher (interner) Dialog zu den Ergebnissen
- Kommunikation mit der internen IT
- Kommunikation mit Softwareanbietern (KIS/QS)





Grenzen externe QS für internes QM

- Leistungsbereiche ohne Vollerhebung
 - z.B. ohne PKV-Versicherte (DeQS-RL)
 - z.B. ohne Fälle ambulantes Operieren (QSKH-RL)
 - retrospektive Referenzbereiche/Rechenregeln
(bis 2019)
- Kennzahlen bedingt nutzbar, ggf. intern zu ergänzen

Anforderungen für Krankenhäuser aus der QS



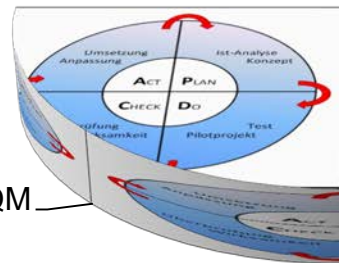
Krankenhaus-
vergleich 100%



Datenvollständigkeit



Internes QM



Datenvalidität

Krankenhaus-
vergleich 100%




Krankenhausvergleich 100%?

- Begrenzte Indikatoreauswahl im öffentlichen Vergleich
- in Portalen, Ergebnisse „strukturierter Dialog“ kein Gegenstand des öffentlichen Vergleichs

Beispiel „Weiße Liste“

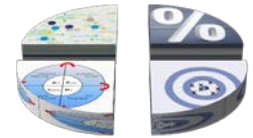
Ergebnisqualität

 0 von 1 Kriterien

Sterblichkeit während des
 Krankenhausaufenthalts – unter
 Berücksichtigung der Schwere aller
 Krankheitsfälle

1,6 (Ø 1,04)
 Je niedriger, desto besser

Referenzbereich:
 0 bis höchstens 1,58



Ist die 100% Regel sachgerecht ?

JA !

und

Was alle angeht, können nur alle lösen

Friedrich Dürrenmatt

