

Hinweise zum Stellungnahmeverfahren 2024 gem. DeQS-Richtlinie

Stellungnahme – das Wichtigste – Details siehe unten:

- Aufforderung und Fristen beachten
- Hinweise zur inhaltlichen Gestaltung der Stellungnahme beachten (z.B. bezogen auf die jeweilige Auffälligkeit, fokussiert (prägnant und fachlich fundiert), ermöglicht externem Experten die Beurteilung)
- Datenschutzbestimmungen beachten
- Erstellung durch qualifizierte Person

Aufforderung zur Abgabe einer Stellungnahme

Die LAGN QSmV fordert Sie auf, die Auffälligkeit durch eine Stellungnahme zu erklären. Rechtsgrundlage ist die DeQS-Richtlinie des G-BA. Das Stellungnahmeverfahren ist ein wichtiges Element der Qualitätsförderung und Qualitätsentwicklung.

Stellungnahmen müssen so gestaltet werden, dass die Begutachtung durch die Fachkommissionen ohne weitere Informationen erfolgen kann und die Sachverhalte vollständig nachvollziehbar sind. Auf dieser Grundlage erfolgt die Bewertung hinsichtlich des Vorhandenseins von Qualitätsmängeln.

Bitte stellen Sie die notwendigen Informationen entsprechend zusammen und fügen ggf. notwendige weitere Unterlagen bei (s.u.). Eine Annahme der Stellungnahme ist nur noch über das LAGN-QS-Portal möglich. Nach Fristablauf ist keine Eingabe von Stellungnahmen mehr möglich.

Die Frist zur Abgabe einer Stellungnahme startet mit der expliziten Aufforderung der Leistungserbringer pro Auffälligkeit und endet nach drei Wochen. Es kann eine Woche Fristverlängerung gewährt werden.

Informationen zum Verfahren

Zur Begutachtung der Auffälligkeiten ist für jede Auffälligkeit eine gesonderte Stellungnahme erforderlich. Diese Stellungnahme muss durch die qualifizierte verantwortliche Person abgegeben werden. Diese Person muss diese Hinweise erhalten und beachten.

Berücksichtigen Sie die Definition des jeweiligen Qualitätsindikators (Informationen hierzu finden Sie auf <https://iqtig.org/> zu den einzelnen Rechenregeln der Verfahren unter „QS-Verfahren“) und überprüfen Sie ggf. die abgegebene QS-Dokumentation. Darüber hinaus sind Hinweise zu den einzelnen QS-Verfahren und Qualitätsindikatoren zu beachten (weiter unten in diesem Dokument).

Datenschutzbestimmungen: Bitte keine personenbezogenen Daten wie Namen, Adressen etc. übermitteln. Dies betrifft auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihrer Einrichtung oder externe Partner. Ggf. sind Angaben zu Entfernungen und Zeitspannen sinnvoll. Zur Wahrung von Persönlichkeitsrechten dürfen nur datenschutzrechtlich unbedenkliche Dokumente übermittelt werden (ggf. personenidentifizierende Daten durch Pseudonyme ersetzen). Stellungnahmen, die Angaben entgegen diesen Datenschutzbestimmungen enthalten, können nicht berücksichtigt werden.

Informationen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Stellungnahmen

- Die vorgelegte Stellungnahme zur festgestellten Auffälligkeit ist die Grundlage für die Bewertung hinsichtlich des Vorhandenseins von Qualitätsmängeln. Um die Stellungnahme nachvollziehbar zu gestalten, kann es sinnvoll sein die folgenden Informationen beizufügen:
- (Pseudonymisierte) Patienten-Angaben (wie Alter, Diagnose, Symptomen, Indikation zur Behandlung etc.)
- Weitere Informationen zu Diagnostik, Behandlungsverlauf und Epikrise
- Je nach Qualitätsindikator (QI) und Auffälligkeitskriterium (AK) kommen unterschiedliche Informationen in Betracht (beispielhafte Aufzählung): Befunde (Labor, Histologie...), Kopien von CTG oder Röntgenaufnahmen, Angaben zum APGAR, Anästhesieprotokolle, Informationen zum klinischen Verlauf, relevante zeitliche Abläufe (wann erfolgte die Verlegung, wann wurde der Pädiaater benachrichtigt, etc.), Ergebnis von Konsultationen oder Konferenzen.
- Ihre Einschätzung und Bewertung der Ergebnisse einschließlich notwendiger Hintergrunderläuterungen und ggf. die Erläuterung resultierender Maßnahmen bei Behandlungsprozessen oder Organisationsstrukturen sind wichtige Elemente der Stellungnahme.

Die Checkliste gibt einen Überblick über wesentliche Punkte, die beim Verfassen einer Stellungnahme beachtet werden müssen.

Checkliste Stellungnahme		
1.	Hinweise der LAGN QSmV zu den einzelnen QIs und AKs beachtet.	<input type="checkbox"/>
2.	Datenschutzbestimmungen beachtet.	<input type="checkbox"/>
3.	Alle Vorgangsnummern berücksichtigt: Prüfung, ob Einzelfalldarstellung oder synoptische Betrachtung angemessen (ggf. Vorgangsnummern mit ähnlichen Problemen zusammengefasst)	<input type="checkbox"/>
4.	Abschließend eigene Einschätzung (Handlungsbe-gründung) und Zusammenfassung der Gesamtsitua-tion inkl. Angabe von Verbesserungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>
5.	Stellungnahme durch qualifizierte verantwortliche Personen verfasst (ggf. mehrere Abteilungen einbe-ziehen)	<input type="checkbox"/>
6.	Alle wichtigen Informationen sind enthalten und für unbeteiligte Personen nachvollziehbar dargestellt.	<input type="checkbox"/>

Tabelle 1: Checkliste: Verfassen einer "guten" Stellungnahme

Besonderheiten in den einzelnen Verfahren

Bitte beachten Sie auch die folgenden Hinweise bei der Erstellung der Stellungnahmen, damit diese von den Fachkommissionen adäquat beurteilt werden können. QIID bezeichnet die Qualitätsindikator-Identifikationsnummer, AK das Auffälligkeitskriterium.

Stellungnahmen bei „Auffälligkeitskriterien“ (AK)

Das Stellungnahmeverfahren zu Auffälligkeitskriterien (Kriterien zur Vollständigkeit, Vollständigkeit oder Plausibilität, statistische Basisprüfung zur Datenvalidierung) ist ein wichtiges Element zur Verbesserung der Datenvalidität und Dokumentationsqualität. Rechtsgrundlage ist Teil 1 § 16 Abs. 6 der DeQS-Richtlinie des G-BA. Die Stellungnahme muss so gestaltet sein, dass die fehlerhafte oder die korrekte Dokumentation in der fallbezogenen QS-Dokumentation bestätigt bzw. ausreichend begründet wird. Sollten bei einzelnen Leistungserbringern anhaltende Probleme mit der Datenvalidität vorliegen, kommen Maßnahmen nach § 17 DeQS-RL zur Anwendung. Sollten produktbezogene Fehler vorliegen, werden diese durch das IQTIG gesammelt und evaluiert, um die Spezifikation zu verbessern (z. B. Präzisierung der Ausfüllhinweise, Gestaltung von Datenfeldern, Präzisierung des QS-Filters).

Verfahrensübergreifende AK

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

Das Kriterium dient der Prüfung der Dokumentationsqualität. Bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation zur Vollständigkeit. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Das Kriterium dient der Prüfung der Dokumentationsqualität. Bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation zur Vollständigkeit. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Das Kriterium dient der Prüfung der Dokumentationsqualität. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Begründen Sie die häufige Anwendung des Minimaldatensatzes oder bestätigen die Fehldokumentation.

Verfahren 1

Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Seit dem 01. Juli 2022 ist die Patientenbefragung Teil des QS-Verfahrens PCI. Ab dem Auswertungsjahr 2024 können die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) bei besonders auffälligen Ergebnissen Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringern einholen. Das IQTIG hat hierfür eine Arbeitshilfe erarbeitet.

Der folgende Link weist auf die Arbeitshilfe des IQTIG für LAGen und Leistungserbringer zu den QI der Patientenbefragung QS PCI im Stellungnahmeverfahren hin: [Aktuell - LAGN QSmV](#).

QIID 56000 (Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie): Gemäß der Berechnung durch das IQTIG liegt bei Ihnen der Anteil an durchgeführten elektiven, isolierten Koronarangiographien mit einer angemessenen Indikationsstellung unter dem geforderten Referenzbereich und wird somit als zu niedrig bewertet. Eine Koronarangiographie ist bei Nicht-Vorliegen von Ischämiezeichen nur in wenigen begründeten Einzelfällen indiziert. Bitte führen Sie bei den auffälligen Vorgängen (AV) eine Einzelfallanalyse durch und beantworten Sie unter **Angabe der auffälligen Vorgangsnummer** folgende **Fragen**:

1. Lag zum Zeitpunkt der Indikationsstellung ein objektiver, nicht invasiver Ischämienachweis vor? (unabhängig von der Art des Ischämietests und dem durchführenden Leistungserbringer)
 - 1.1. Wenn JA- ein Ischämienachweis lag vor-: Bitte übermitteln Sie diesen **Befund** ohne patientenbezogene Daten und anonymisiert mit **Bezug zur Vorgangsnummer** zusätzlich zur Stellungnahme an die LAGN (über das LAGN-QS-Portal als Dateianhang, ggf. als zip Datei)
 - 1.2. Wenn NEIN - ein Ischämienachweis lag nicht vor -: War der Ischämienachweis für die Indikationsstellung verzichtbar? Bitte begründen
2. Was war der Hauptanlass für die Koronarangiographie? Bitte um Angabe:
 - a. Chronisches Koronarsyndrom (CCS)
 - b. Akutes Koronarsyndrom (ACS)
 - c. Herzerkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion
 - d. Klappenvitien
 - e. Rhythmusstörungen
 - f. Präoperative Diagnostik
 - g. Kreislaufstillstand/ Reanimation
 - h. Sonstiges
 - 2.1. Wenn Sonstiges, bitte kurz erläutern, aus welchem (sonstigen) Grund die Koronarangiographie durchgeführt wurde

QIID 56018 (MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie): Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer der folgenden intraprozeduralen MACCE: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder der folgenden postprozeduralen MACCE wie neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall und Tod überschreitet den Referenzbereich. Bitte bewerten Sie kritisch das Auftreten der Komplikationen und erläutern Sie zukünftige Präventionsstrategien.

QIID 56020 (MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI) Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer der folgenden intraprozeduralen MACCE: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder der folgenden postprozeduralen MACCE wie neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall und Tod überschreitet den Referenzbereich. Bitte bewerten Sie kritisch das Auftreten der Komplikationen und erläutern Sie zukünftige Präventionsstrategien.

QIID 56022 (MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt): Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer der folgenden intraprozeduralen MACCE: TIA bzw. Schlaganfall, koronarer Verschluss, Tod im Herzkatheterlabor oder der folgenden postprozeduralen MACCE wie neu aufgetretener Herzinfarkt, TIA bzw. Schlaganfall und Tod überschreitet den Referenzbereich. Bitte bewerten Sie kritisch das Auftreten der Komplikationen und erläutern Sie zukünftige Präventionsstrategien.

AK 852105 (Angabe Zustand nach Bypass „unbekannt“): Das Kriterium dient der Prüfung der Dokumentationsqualität. In der Regel liegt die Angabe "Zustand nach koronarer Bypass-OP" für die Darstellung der Koronargefäße vor. Diese Angabe wird als Risikofaktor in Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren verwendet. Bestätigen Sie den Dokumentationsfehler oder bestätigen gegebenenfalls, dass die Patientinnen und Patienten nicht bei Bewusstsein waren.

AK 852103 (Angabe EF unbekannt): Die EF geht als Risikofaktor in die Risikoadjustierungsmodelle mehrerer Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen ein. Bitte erläutern Sie Ihre Angabe „unbekannt“ oder bestätigen Sie die fehlerhafte Dokumentation der Ejektionsfraktion (EF).

Verfahren 2

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

QIID 1000 (Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung): Bitte erläutern Sie die Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Nehmen Sie dabei explizit Bezug auf die einzelnen Kennzahlen, die in die Indikatorberechnung (Index) eingehen und in Ihrem Rückmeldebericht tabellarisch mit Ergebniswerten als Punktwerte aufgeführt werden. Erläutern Sie explizit die Auffälligkeiten bei Kennzahlen mit einem geringen Punktwert. Welche spezifischen Maßnahmen haben Sie ergriffen, um die Standards zu erhöhen und Antibiotic Stewardship durchzuführen?

Falls Sie **nicht** einen **einrichtungsbezogenen Dokumentationsbogen** zum Hygiene- und Infektionsmanagement übermittelt haben (= kein QI-Ergebnis), sind Sie Ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen. Sie haben die Möglichkeit zu diesem Sachverhalt Stellung zu nehmen.

QIID 2000 (Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung): Bitte erläutern Sie die Auffälligkeiten in diesem Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement. Nehmen Sie dabei explizit Bezug auf die einzelnen Kennzahlen, die in die Indikatorberechnung (Index) eingehen und in Ihrem Rückmeldebericht tabellarisch mit Ergebniswerten als Punktwerte aufgeführt werden. Erläutern Sie explizit die Auffälligkeiten bei Kennzahlen mit einem geringen Punktwert. Welche spezifischen Maßnahmen haben Sie ergriffen, um die Standards zu erhöhen und Antibiotic Stewardship durchzuführen?

Falls Sie **nicht** einen **einrichtungsbezogenen Dokumentationsbogen** zum Hygiene- und Infektionsmanagement übermittelt haben (= kein QI-Ergebnis), sind Sie Ihrer Dokumentationspflicht nicht nachgekommen. Sie haben die Möglichkeit zu diesem Sachverhalt Stellung zu nehmen.

QIID 1500 (Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)): Das IQTIG stellt Ihnen zur internen Analyse und zur Identifikation von Behandlungsfällen ATR-Listen zur Verfügung (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, OP-Datum etc.). Als nosokomiale oder Krankenhausinfektion bezeichnet man Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. Bitte erläutern Sie die auffällige Anzahl der Wundinfektionsrate in Ihrem QI-Ergebnis und stellen Sie dar, welche erforderlichen Präventionsmaßnahmen durch Sie umgesetzt werden und welche Mechanismen Sie implementiert haben, um die Wirksamkeit des Hygiene- und Infektionsmanagements zu überwachen.

QIID 1501 (Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)): Das IQTIG stellt Ihnen zur internen Analyse und zur Identifikation von Behandlungsfällen ATR-Listen zur Verfügung (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, OP-Datum etc.). Als nosokomiale oder Krankenhausinfektion bezeichnet man Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. Bitte erläutern Sie die auffällige Anzahl der Wundinfektionsrate in Ihrem QI-Ergebnis und stellen Sie dar, welche erforderlichen Präventionsmaßnahmen durch Sie umgesetzt werden und welche Mechanismen Sie implementiert haben, um die Wirksamkeit des Hygiene- und Infektionsmanagements zu überwachen.

QIID 2500 (Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)): Das IQTIG stellt Ihnen zur internen Analyse und zur Identifikation von Behandlungsfällen ATR-Listen zur Verfügung (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, OP-Datum, ggf. Vorgangsnummer etc.). Als nosokomiale oder Krankenhausinfektion bezeichnet man Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. Bitte erläutern Sie die auffällige Anzahl der Wundinfektionsrate in Ihrem QI-Ergebnis und stellen Sie dar, welche erforderlichen Präventionsmaßnahmen durch Sie umgesetzt werden und welche Mechanismen Sie implementiert haben, um die Wirksamkeit des Hygiene- und Infektionsmanagements zu überwachen.

QIID 2501 (Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)): Das IQTIG stellt Ihnen zur internen Analyse und zur Identifikation von Behandlungsfällen ATR-Listen zur Verfügung. Als nosokomiale oder Krankenhausinfektion bezeichnet man Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. Bitte erläutern Sie die auffällige Anzahl der Wundinfektionsrate in Ihrem QI-Ergebnis und stellen Sie dar, welche erforderlichen Präventionsmaßnahmen durch Sie umgesetzt werden und welche Mechanismen Sie implementiert haben, um die Wirksamkeit des Hygiene- und Infektionsmanagements zu überwachen.

QIID 2502 (Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, 30 Tage Follow-up)): Das IQTIG stellt Ihnen zur internen Analyse und zur Identifikation von Behandlungsfällen ATR-Listen zur Verfügung (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, OP-Datum, ggf. Vorgangsnummer etc.). Als nosokomiale oder Krankenhausinfektion bezeichnet man Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. Bitte erläutern Sie die auffällige Anzahl der Wundinfektionsrate in Ihrem QI-Ergebnis und stellen Sie dar, welche erforderlichen Präventionsmaßnahmen durch Sie umgesetzt werden und welche Mechanismen Sie implementiert haben, um die Wirksamkeit des Hygiene- und Infektionsmanagements zu überwachen.

QIID 2503 (Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)): Das IQTIG stellt Ihnen zur internen Analyse und zur Identifikation von Behandlungsfällen ATR-Listen zur Verfügung (z.B. Geburtsjahr, Geschlecht, OP-Datum, ggf. Vorgangsnummer etc.). Als nosokomiale oder Krankenhausinfektion bezeichnet man Infektionen, die sich Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts in einer medizinischen Einrichtung oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. Bitte erläutern Sie die auffällige Anzahl der Wundinfektionsrate in Ihrem QI-Ergebnis und stellen Sie dar, welche erforderlichen Präventionsmaßnahmen durch Sie umgesetzt werden und welche Mechanismen Sie implementiert haben, um die Wirksamkeit des Hygiene- und Infektionsmanagements zu überwachen.

Neu: AK 852303 (Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation): s.o. *Verfahrensübergreifende AK*

Neu: AK 852304 (Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation): s.o. *Verfahrensübergreifende AK*

Verfahren 3 **Cholezystektomie (QS CHE)**

QIID 58000 (Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Es sind eine SOP zur Cholezystektomie sowie ggf. der OP-Bericht mit der Stellungnahme zu übermitteln.

Verfahren 4

Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreas- transplantationen (QS NET)

QIID 572003 („Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch das Alter und mögliche Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten an und beschreiben Sie die bei Ihnen zur Verfügung stehenden gefäßchirurgischen Kapazitäten. Führen Sie darüber hinaus auf, welche Untersuchungen/Evaluation unternommen wurden, um mögliche Shunt-Optionen zu prüfen.

QIID 572004 („Katheterzugang bei Hämodialyse“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeine Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch das Alter und mögliche Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten an und beschreiben Sie die bei Ihnen zur Verfügung stehenden gefäßchirurgischen Kapazitäten. Führen Sie darüber hinaus auf, welche Untersuchungen/Evaluation unternommen wurden, um mögliche Shunt-Optionen zu prüfen.

QIID 572009 („Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch das Alter und mögliche Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten an und beschreiben Sie die Gründe für die Hospitalisierung (z. B. Infekt an der Austrittsstelle, Katheterthrombose, etc.). Führen Sie außerdem auf, wie lange der Zugang bestand.

QIID 572010 („Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch das Alter und mögliche Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten an und beschreiben Sie die Gründe für die Hospitalisierung (z.B. Dysfunktionen, Infekt, etc.). Teilen Sie außerdem die Liegedauer des Katheters mit.

Verfahren 7

Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Wenn Leistungserbringer in mehr als einem Qualitätsindikator rechnerisch auffällig sind, ist mit der Stellungnahme, die Abteilungsstruktur darzulegen und eine SOP vorzulegen.

QIID 51437 (Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme die Indikation zur Revaskularisation bei Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von unter 60 % an.

QIID 52240 (Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in der Stellungnahme auch an,

- ob die Karotis-Revaskularisation von Fachärztinnen und Fachärzten für Herzchirurgie oder von Fachärztinnen und Fachärzten für Gefäßchirurgie durchgeführt wurde,
- die Karotis-Revaskularisation vor, während, nach oder ohne extrakorporale Zirkulation durchgeführt wurde
- und ob (bei Verwendung der extrakorporalen Zirkulation) der Eingriff in Hypothermie erfolgte.

Verfahren 8

Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

QIID 2013 (Frühmobilisation nach Aufnahme): Eine frühzeitige Mobilisation wird in der nationalen S3-Leitlinie empfohlen. Bitte bewerten Sie kritisch die Auffälligkeiten und erläutern Sie wie zukünftig das Qualitätsziel eingehalten wird.

QIID 2028 (Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung): Bei Erreichen der klinischen Stabilität kann die Beendigung des stationären Aufenthaltes erwogen werden. Bitte bewerten Sie kritisch die Auffälligkeiten und stellen Sie die interne Vorgehensweise zur vollständigen Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung inklusive der Messung der Atemfrequenz dar. Bitte erläutern Sie, wie zukünftig das Qualitätsziel eingehalten wird.

AK 811822 (Angabe von chronischer Bettlägerigkeit): Die Angabe chronischer Bettlägerigkeit ist u. a. für den QI 2013 zur Frühmobilisation relevant. Ein Ausschluss von Fällen aus diesem QI sollte nur in berechtigten Konstellationen vorkommen. Bitte erläutern Sie die Angabe zur Überdokumentation oder bestätigen Sie die Fehldokumentation.

AK 811826 (Angabe von ≥ 30 Atemzügen pro Minute bei „spontane Atemfrequenz bei Aufnahme“): Eine häufig dokumentierte Atemfrequenz von > 30 wird durch das IQTIG als unplausibel betrachtet. Bitte erläutern Sie die Überdokumentation oder bestätigen Sie die Fehldokumentation.

AK 851900 (Dokumentierte palliative Therapiezielsetzung kurz vor Versterben): Wenn sehr häufig ein Therapieverzicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Versterben dokumentiert wird, kann dies auf Fehldokumentationen hinweisen. Bitte erläutern Sie die häufige Dokumentation oder bestätigen die Fehldokumentation.

Verfahren 9

Mammachirurgie (QS MC)

QIID 50719 („Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme an, ob es sich um eine onkoplastische Operation gehandelt hat, und beschreiben Sie die präoperativ vermutete Größe des DCIS.

QIID 51370 („Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Gehen Sie in Ihrer Stellungnahme auf folgende Fragen ein: Lagen vor der Operation sämtliche erforderliche Unterlagen, insbesondere der komplette immunhistologische Befund, zur Erwägung aller Therapieoptionen vor? Wurden die Patientinnen und Patienten präoperativ in einer Tumorkonferenz vorgestellt?

QIID 51847 („Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Nennen Sie die jeweiligen Gründe für den Verzicht auf das operative Staging.

QIID 52267 („HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Involvieren Sie Ihre befundende Pathologie: Machen Sie Angaben zur Teilnahme an Ringversuchen und Gesamtfallzahl an untersuchten Mammakarzinomen der beteiligten Pathologie.

QIID 52278 („HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Involvieren Sie Ihre befundende Pathologie: Machen Sie Angaben zur Teilnahme an Ringversuchen und Gesamtfallzahl an untersuchten Mammakarzinomen der beteiligten Pathologie.

QIID 52279 („Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Welche technischen Möglichkeiten stehen Ihnen zur intraoperativen Kontrolle bereit? Nennen Sie die jeweiligen Gründe für den Verzicht.

QIID 52330 („Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Welche technischen Möglichkeiten stehen Ihnen zur intraoperativen Kontrolle bereit? Nennen Sie die jeweiligen Gründe für den Verzicht.

QIID 212000 („Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Ist an ihrem Standort eine entsprechende Drahtmarkierung grundsätzlich durchführbar? Welche Möglichkeiten stehen Ihnen dazu zur Verfügung? Nennen Sie die jeweiligen Gründe für den Verzicht.

QIID 212001 („Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Ist an ihrem Standort eine entsprechende Drahtmarkierung grundsätzlich durchführbar? Welche Möglichkeiten stehen Ihnen dazu zur Verfügung? Nennen Sie die jeweiligen Gründe für den Verzicht.

AK 850363 („Angabe „HER2-Status = unbekannt““): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Prüfen Sie mögliche Fehldokumentationen. Welche Maßnahmen haben Sie als Konsequenz eingeleitet? Hat eine Nachermittlung des HER2-Status stattgefunden?

Verfahren 10 Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

QIID 51906 („Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Legen Sie nach Möglichkeit zusätzlich zur Stellungnahme auch den anonymisierten OP-Bericht vor.

QIID 12874 („Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch mögliche Probleme bei der QS-Dokumentation an.

QIID 10211 („Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme mögliche Probleme bei der QS-Dokumentation an und machen Sie Angaben zur Aufklärung der Patientinnen. Legen Sie nach Möglichkeit zusätzlich zur Stellungnahme auch den anonymisierten Histologiebefund vor.

QIID 60685 („Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme mögliche Probleme bei der QS-Dokumentation an und machen Sie Angaben zur Aufklärung der Patientinnen. Beschreiben sie außerdem, ob die Operation durch eine Endometriose, vorangegangene Operationen oder Verwachsungen kompliziert war. Achten Sie auf geltende Ausschlusskriterien und nennen Sie ggf. zu berücksichtigende genetische Dispositionen. Legen Sie nach Möglichkeit zusätzlich zur Stellungnahme auch den anonymisierten Histologiebefund und den OP-Bericht vor.

QIID 60686 („Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme mögliche Probleme bei der QS-Dokumentation an und machen Sie Angaben zur Aufklärung der Patientinnen sowie zum Menopause-Status. Beschreiben sie außerdem, ob die Operation durch eine Endometriose, vorangegangene Operationen oder Verwachsungen kompliziert war. Achten Sie auf geltende Ausschlusskriterien und nennen Sie ggf. zu berücksichtigende genetische Dispositionen. Legen Sie nach Möglichkeit zusätzlich zur Stellungnahme auch den anonymisierten Histologiebefund und den OP-Bericht vor.

QIID 612 („Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme an, ob die Operation durch eine Endometriose oder Verwachsungen induziert war. Legen Sie nach Möglichkeit zusätzlich zur Stellungnahme auch den anonymisierten OP-Bericht vor.

Verfahren 11 Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

QIID 52009 (Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)): Ein O/E-Wert von 1,20 bedeutet beispielsweise, dass die beobachtete Anzahl eines interessierenden Ereignisses um den Faktor 1,2 größer ist als die erwartete Anzahl (also um 20 %). Ein O/E-Wert von 1 bedeutet, dass die unter Berücksichtigung patientenseitiger Risikofaktoren erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (hier Dekubitalulcera) eingetreten ist.

Bitte erläutern Sie, welche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe in Ihrem Hause durchgeführt werden.

- Welche Faktoren lagen bei den auffälligen Vorgangsnummern vor, die eine Dekubitusentstehung begünstigt haben?
- Welche Mechanismen haben Sie implementiert, um die Wirksamkeit Ihrer Dekubitusprophylaxemaßnahmen zu überwachen und zu bewerten?

Eine Einzelfalldarstellung ist nicht notwendig.

QIID 52010 (Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4): Bitte erstellen Sie zu jeder auffälligen Vorgangsnummer eine Einzelfallanalyse bezüglich des Dekubitus und gehen Sie in Ihrer Stellungnahme auf folgende Fragen ein:

- Wann erfolgte die initiale Einschätzung des Dekubitusrisikos?
- Welche besonderen Risikofaktoren wurden festgestellt?
- Welche prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung wurden daraufhin ergriffen?
- Welche Mechanismen haben Sie implementiert, um die Wirksamkeit Ihrer Dekubitusprophylaxemaßnahmen zu überwachen und zu bewerten?

AK 850359 (Angabe „POA = unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation“ (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)): Das Datenfeld „War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")“ ist entscheidend für den Einschluss in den Zähler aller Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Verfahrens. Bitte begründen Sie die häufige Angabe POA = Unbekannt oder bestätigen die Fehldokumentation.

AK 851805 (Relative Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik: mehr Dekubitalulcera in der QS-Dokumentation als in der Risikostatistik): Bitte erläutern Sie mögliche Gründe für die Differenz zwischen den Angaben in der QS-Dokumentation und der Risikostatistik oder bestätigen Sie die Fehldokumentation. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

Verfahren 12

Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QSHSMDEF)

QIID 101801 (Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)): Ein Sondenvorschub über die Vena subclavia geht meist mit einem höheren Risiko für einen Pneumothorax bzw. Hämatothorax einher als ein Sondenvorschub über die Vena cephalica. Bitte teilen Sie in der Stellungnahme jeweils den Zugangsweg zu den auffälligen Vorgangsnummern mit.

Bitte prüfen Sie kritisch die Auffälligkeiten und stellen Sie dar, inwieweit Maßnahmen zur Vermeidung von nicht sondenbedingten Komplikationen umgesetzt werden.

AK 813072 (Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten): Bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation zur Vollständigkeit. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

AK 813074 (Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten): Bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation zur Vollständigkeit. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

AK 851801 (Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten): Bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation zur Vollständigkeit. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

AK 851803 (Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten): Bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation zur Vollständigkeit. Bei Bedarf wenden Sie sich gegebenenfalls zur Klärung an den Software-Anbieter.

AK 850339 (Angabe 'kein Eingriff an der Sonde' bei gleichzeitiger Dokumentation von Sondenproblemen): Fälle für die „kein Eingriff an der Sonde“ dokumentiert wurde, werden aus dem Nenner des QI 52305 ausgeschlossen, weshalb bei einem hohen Anteil an bestätigten Dokumentationsfehlern eine korrekte Berechnung der QI nicht möglich ist. Da tatsächlich Angaben zur Art des Vorgehens vorliegen, bestätigen Sie eine mögliche Fehldokumentation oder begründen Sie die Angabe 'kein Eingriff an der Sonde'.

AK 813071 (Führende Indikation 'sonstiges'): Das führende Symptom ist ein Datenfeld, das zur Berechnung des Qualitätsindikators der leitlinienkonformen Indikationsstellung von zentraler Bedeutung ist. Wird in vielen Fällen ein sonstiges Symptom dokumentiert, ist eine korrekte Berechnung dieses Indikators deshalb nicht mehr möglich. Das IQTIG vermutet, dass der Schlüsseleintrag „sonstige“ zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt wurde. Begründen Sie die häufige Angabe im Datenfeld führende Indikation „sonstiges“ bzw. bestätigen Sie eine Fehldokumentation.

AK 851904 (Sonstiges Taschenproblem oder sonstiges Sondenproblem): Die Angaben zur Indikation des Folgeeingriffs sind von zentraler Bedeutung zur Berechnung der Follow-up-Indikatoren. Wird in zu vielen Fällen ein sonstiges Problem dokumentiert, kann dies ggf. zu einer verfälschten Berechnung der Follow-up-Indikatoren führen. Auch sollte geprüft werden, ob die entsprechenden Schlüssel genügend Antwortoptionen enthalten. Das IQTIG vermutet, dass die Auswahl „sonstiges Problem“ zur Vereinfachung der Dokumentation unangemessen häufig gewählt wurde. Begründen Sie die häufige Angabe der Datenfelder „sonstiges Taschenproblem“ oder „sonstiges Sondenproblem“ bzw. bestätigen Sie eine Fehldokumentation.

Verfahren 13 **Perinatalmedizin (QS PM)**

QIID 1058 („E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Beschreiben Sie in Ihrer Stellungnahme auch, ob ein kritisches Outcome bei den betroffenen Kindern vorgelegen hat und geben Sie den APGAR-Score, den Nabelschnurarterien-pH-Wert sowie den Base Excess an.

QIID 52249 („Kaiserschnittgeburt“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme auch an, welche Diagnosen zur Indikation einer Kaiserschnittgeburt geführt haben.

AK 851813 („Schwere oder letale angeborene Erkrankung ohne entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme insbesondere an, welche schwere oder letale angeborene Erkrankung ggf. in Kombination mit anderen Befunden vorgelegen hat, wenn der ICD-Kode nicht in der ICD-Liste der schweren und angeborenen Erkrankungen aufgeführt ist.

AK 852301 („Schwere oder letale angeborene Erkrankung angeben“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme insbesondere an, welche schwere oder letale angeborene Erkrankung ggf. in Kombination mit anderen Befunden vorgelegen hat. Prüfen Sie mögliche Fehldokumentationen.

AK 852300 („Keine hypoxisch ischämische Enzephalopathie (HIE), aber eine Asphyxie mit therapeutischer Hypothermie angeben“): Bitte nehmen Sie zu der Auffälligkeit Stellung und beachten Sie dabei die allgemeinen Hinweise. Geben Sie in Ihrer Stellungnahme an, weshalb eine therapeutische Hypothermie durchgeführt wurde.

Verfahren 14 **Hüftgelenkversorgung (QS HGV)**

QIID 54001 (Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation): Bitte grundsätzlich die bildgebende Diagnostik (präoperative Röntgenbilder in zwei Ebenen) datenschutzkonform im LAGN-QS-Portal zur Verfügung stellen. Bitte stellen Sie den Bezug zwischen Stellungnahme und Diagnostik mit der Vorgangsnummer her.

QIID 54002 (Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel): Bitte optional die bildgebende Diagnostik (präoperative Röntgenbilder in zwei Ebenen) datenschutzkonform im LAGN-QS-Portal zur Verfügung stellen. Bitte stellen Sie den Bezug zwischen Stellungnahme und Diagnostik mit der Vorgangsnummer her.

QIID 54120 (Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel): Ergebnisse $O/E > 1$ deuten auf eine überdurchschnittliche Zahl von Komplikationen hin. Bitte prüfen Sie kritisch die Auffälligkeiten und stellen Sie dar, inwieweit Maßnahmen zur Vermeidung von implantatassoziierten Komplikationen oder Weichteilkomplikationen umgesetzt werden.