Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern (LQMV) e.V.
Zum Bahnhof 5 ■ 19055 Schwerin

Fon: 0385 5923 6097
Fax: 0385 5923 9902

E-mail: info@lqmv.de
Internet: www.lqmv.de

Ansprechpartner:
Herr Frahm/ Frau Schulz

An die Krankenhäuser und Vertragsärzte
in Mecklenburg-Vorpommern

Datum: 07.01.2022

Rundschreiben 039/2021

Qualitätssicherung gemäß § 136 Absatz 1 SGB V
Sektorübergreifende Qualitätssicherung - Fristen, Sanktionen und Änderungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wollen Sie auf diesem Wege umfassend über Fristen, Sanktionen und Änderungen in der Qualitätssicherung gemäß § 136 Absatz 1 SGB V informieren.

1. Fristen

Für die Abgabe der Datensätze der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen Dokumentation, Risikostatistik, Sollstatistik und Konformitätserklärung gelten folgende Fristen:

Abgabe	Erfassungsjahr 2021	Erfassungsjahr 2022
Fallbezogene Dokumentation: QS-Verfahren gemäß DeQS-RL / plan. QI-RL	15.05.21 (QI) 15.08.21 (QII) } ausgesetzt 15.11.21 (QIII) 28.02.22 (QI - QIV) Korrekturfrist bis 15.03.22	15.04.22 (QI) 15.07.22 (QII) 15.10.22 (QIII) 15.02.23 (QI - QIV) Korrekturfrist bis 22.02.23
Einrichtungsbezog. Dokum. QS-Verfahren NWIEA_LKG/ NWIES_LKG	01.01.22 - 28.02.22	01.01.23 - 28.02.23
Sollstatistik und Konformitätserklärung	15.03.22	22.02.23
Risikostatistik	15.03.22	22.02.23

Tabelle 1

Bitte beachten Sie, dass die Datensätze der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen Dokumentation, die nicht bis 24 Uhr bei der Datenannahmestelle unter das@lqmv.de eingegangen sind, nicht mehr bei der Jahresauswertung berücksichtigt werden können. Nähere Informationen zur Datengrundlage und zu den Lieferfristen zum **Erfassungsjahr 2021** sind in der **Anlage 1** zusammengefasst.
Darüber hinaus beachten Sie bitte, dass sich ab dem **Erfassungsjahr 2022** die Datenlieferfristen ändern (siehe **Anlage 2**). Die Beschlüsse sind auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht und

können unter folgenden Links abgerufen werden: https://www.g-ba.de/beschluesse/4952/, https://www.g-ba.de/beschluesse/4953/ und https://www.g-ba.de/beschluesse/5199/.

2. Sollstatistik und Konformitätserklärung

Zum Erfassungsjahr 2021 sind alle Krankenhäuser zur Abgabe von **zwei Sollstatistiken** verpflichtet:

1. **Sollstatistik_DeQS** (Meldung zur methodischen Sollstatistik)
2. **Sollstatistik_DeQS_EDOK** (**neu in 2021** - Meldung zur Dokumentationsverpflichtung für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIES_LKG und NWIEA_LKG); enthält jahresbezogen für die beiden Module NWIES_LKG und NWIEA_LKG jeweils die Angabe, ob eine Dokumentationsverpflichtung vorliegt (1) oder nicht (0))

Die Sollstatistiken für 2021 sind **für jedes Institutionskennzeichen** in Papierform und elektronischer Form gemäß des bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformates zusammen mit der Konformitätserklärung ausschließlich an die LQMV e.V. zu übermitteln (das@lqmv.de). Bitte beachten Sie, dass von der LQMV e.V. eine elektronische Rückmeldung mit Übermittlung der methodischen Sollstatistik und Konformitätserklärung für Ihr Haus erstellt wird.

3. Risikostatistik

Die Risikostatistik für 2021 ist **für jede Krankenhausstandortnummer** in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat ausschließlich an die LQMV e.V. zu übermitteln (das@lqmv.de).

4. Sanktionen

In den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen zu den Verfahren der DeQS-RL ist unter „Fehlende Dokumentation der Datensätze“ festgelegt, dass nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie auslösen. Bislang hat er G-BA noch keine konkreten Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze im Rahmen der DeQS-RL beschlossen. Mit Beschluss des G-BA vom 16.12.2021 wurde jedoch verfügt, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2022 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze beschließen wird.

5. Datenvalidierung

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 16. September 2021 konkretisierende Regelungen zur Datenvalidierung in § 16 der DeQS-RL getroffen. Gemäß § 16 Absatz 6 DeQS-RL umfasst das Datenvalidierungsverfahren eine statistische Basisprüfung der übermittelten Daten der Krankenhäuser, der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und Krankenkassen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität. Für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wird die statistische Basisprüfung anhand sogenannter Auffälligkeitskriterien im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens durchgeführt. Für die Krankenkassendaten sind Prüfkriterien vorgesehen, welche die Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der übermittelten Datensätze zu den Abrechnungsdaten überprüfen. Weitere Regelungen und Methoden der Datenvalidierung sollen gemäß § 16 Absatz 9 DeQS-RL zu einem späteren Zeitpunkt festgelegt werden. Aktuell existieren daher keine Regelungen zu einem Stichprobenverfahren oder gezielten Datenabgleich, wie sie bisher im Rahmen der QSKH-RL bestanden, sodass diese für 2022 (zum EJ 2021) nicht vorgesehen sind.

6. Datenauswertung

Mit der Überführung der QS-Verfahren der QSKH-RL in die DeQS-RL erfolgt die Auswertung der QS-Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2021 ausschließlich durch das IQTIG. Dabei werden jährliche Rückmeldeberichte und quartalsweise Zwischenberichte je Standort und QS-Verfahren erstellt. Die Bereitstellung der Berichte erfolgt weiterhin durch die LQMV e.V. unter https://www.qb-

mv.de/. Die jährlichen Rückmeldeberichte für das Erfassungsjahr 2021 werden bis zum 30. Juni 2022 zur Verfügung gestellt. In Folge der vorgezogenen Datenlieferfristen für das Erfassungsjahr 2022 wird gemäß den neuen Regelungen im § 17 eine frühere Bereitstellung von Auswertungen und Rückmeldeberichten erfolgen. Die neue Frist wurde hier auf den 31. Mai 2023 festgelegt.

7. Änderungen der QS-Dokumentation

7.1 Modulübergreifende Änderungen

Fälle mit dem Aufnahmegrund 10 = Stationsäquivalente Behandlung werden für die rein stationären Module ab dem Erfassungsjahr 2022 aus der Auslösung der Dokumentationspflicht ausgeschlossen. Die Anpassung erfolgt analog in der Risikostatistik.

In den QS-Verfahren mit Berücksichtigung von ambulanten Leistungserbringern (DIAL, PCI, PPCI und MDS) werden im Bogenfeld „Geschlecht“ die Schlüsselwerte an die KVDT-Datensatzbeschreibung angepasst, indem der Schlüsselwert „unbekannt“ ergänzt wird.

7.2 Modulbezogene Änderungen

In der nachfolgenden Tabelle sind einige modulbezogene Änderungen aufgeführt:

	gestrichene Datenfelder 2022
09/1	• „Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen“
09/4	• „Zahl der verwendeten Ventrikelsonden“
09/6	• „Aggregat: Jahr der Implantation“ • „Jahr der Implantation nicht bekannt“ • „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde“ • „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde“ • „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde“ • „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde“ • „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)“
15/1	• „pT“ • „pN“ • „M“ • „G“
18/1	• „Histologischer Typ“ • „Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen“
	angepasste Datenfelder 2022
NEO	• „Datum der ersten Untersuchung“ wir umbenannt in „Datum des ersten ROP-Screenings“
18/1	• „Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ erhält weiteren Schlüsselwert „keine Nachoperation“
PCI	• die ergänzende Bezeichnung des Datenfelds „objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen“ wird in „Bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung“ umbenannt • „führende Indikation für diese Koronarangiographie“ erhält neuen Schlüsselwert „Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI“

DIAL	• „Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung“ erhält neuen Schlüsselwert „Erholung der Nierenfunktion“
	neue Datenfelder 2022
PCI	• „Zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik“ • „PCI an einer Bifurkatinsstenose“
DIAL	• „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) unbekannt“ • „Datum der letzten Nierentransplantation unbekannt“ • „Körpergewicht nach der Dialysebehandlung unbekannt“ • „Wurde eine Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?“ • „Serumalbumin unbekannt“ • „Hämoglobin unbekannt“ • „Ferritin unbekannt“ • „Transferrin-Sättigung unbekannt“ • „C-reaktives Protein ≥ 10 mg/l “ • „Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt“
	sonstiges
DEK	• für die QS-Erfassung sowie der Risikostatistik wird die Altersobergrenze ≤ 120 Jahre in den QS-Filter aufgenommen • Anwendungsfall „Verlegung nach Plastischer Deckung“ für den Minimaldatensatz hinzugefügt
CHE	• QS-Dokumentationsfilter wird um folgende ICD-Kodes ergänzt: I26.0 Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale I80.1 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten I82.2 Embolie und Thrombose der V. cava K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän K43.90 Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän K43.98 Sonstige Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän K43.99 Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän K56.0 Paralytischer Ileus K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion K56.7 Ileus, nicht näher bezeichnet K75.0 Leberabszess K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose K76.3 Leberinfarkt K76.5 Venookklusive Leberkrankheit
DIAL	• den Einschlussdiagnosen wird der ICD-Kode “Z49.2, Sonstige Dialyse“ hinzugefügt • die Kodes zur Abrechnung von Kostenpauschalen für Sachkosten werden aus der Einschlussliste gestrichen

Tabelle 2

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) - Patientenbefragung (PPCI)

Der Beginn der Erprobung der Patientenbefragung PCI wurde mit Beschluss des G-BA vom 16.12.2021 auf den 1. Juli 2022 festgelegt.

<u>Zum Hintergrund:</u>
Der G-BA hatte bereits am 22. November 2019 erstmalig Regelungen zu Patientenbefragungen in der DeQS-RL beschlossen. Die erste Patientenbefragung in der DeQS-RL sollte eigentlich ab

dem 01. Juli 2021 im QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)“ durchgeführt werden. Aufgrund von Verzögerungen bei der Errichtung der Versendestelle wurde der vorgesehene Start der Patientenbefragung jedoch mit G-BA-Beschluss vom 17. Dezember 2020 aufgehoben (siehe RS 017/2020). Mit dem aktuellen Beschluss wurde nun der 1. Juli 2022 als Starttermin der Patientenbefragung PCI festgelegt. Krankenhäuser und Vertragsärzte sind somit verpflichtet, ab dem 1. Juli 2022 die zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten aller im Vormonat entlassenen Patientinnen und Patienten mit Indexeingriff spätestens bis zum 7. Tag des Monats an die zuständige Datenannahmestelle zu übermitteln.

Die Durchführung der Patientenbefragungen, die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten, den Druck sowie die Versendung der Fragebögen erfolgt durch eine vom G-BA beauftragte Versendestelle. Zur Durchführung der Befragung wird bei der Versendestelle monatlich eine Zufallsstichprobe auf Basis der durchgeführten Indexeingriffe gezogen. Art und Umfang der Stichprobe sowie die technische Umsetzung entsprechen den Vorgaben gemäß der Spezifikation. Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 15. Tag eines Monats bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der im Vormonat entlassenen bzw. behandelten Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses bzw. Vertragsarztes. Für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr mindestens 200 Patientinnen und Patienten in die Stichprobe miteinzubeziehen bzw. für die Befragung auszuwählen (Stichprobenumfang). Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich, geschätzt anhand der Qualitätssicherungsdaten des Vorjahres, ist eine Vollerhebung durchzuführen.

Gemäß dem Beschluss des G-BA vom 16.12.2021 können bei Feststellung besonders schwerwiegender Auffälligkeiten, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, auch während des Erprobungszeitraums der Patientenbefragung Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 4 Teil 1 DeQS-RL ausgelöst werden.

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Das Verfahren QS WI wird für das Erfassungsjahr 2022 als dokumentationspflichtiges QS-Verfahren reaktiviert. Für die fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) ergeben sich für das Erfassungsjahr 2022 keine Änderungen in der QS-Dokumentation. Im Hinblick auf die einrichtungsbezogene Dokumentation wurden für das Erfassungsjahr 2021 Änderungen vorgenommen. Die detaillierten Anpassungen sind dem Beschluss des G-BA vom 17. Dezember 2020 zu entnehmen: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4630/2020-12-17_DeQS-RL_Spezifikations-einrichtungsbezogene-Doku-EJ-2021.pdf.

Eine vollständige Übersicht aller modulbezogenen Änderungen auf Bogen-, Feld- und Schlüsselebene inkl. der Änderungen in den bundesbezogenen QS-Verfahren sowie weiterführende Hinweise können dem Dokument „Neues in der Spezifikation - Erfassungsjahr 2022“ entnommen werden: https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2022/v05/2022_UebersichtAenderungen_V05_01.pdf (siehe **Anlage 3**).

Wir bitten um Kenntnisnahme und stehen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der LQMV