



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

Datum: 22.12.2023

An die Krankenhäuser und Vertragsärzte
in Mecklenburg-Vorpommern

Rundschreiben 045/2023

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 2023	Erfassungsjahr 2024
Fallbezogene Dokumentation: QS-Verfahren gemäß DeQS-RL / plan. QI-RL	15.05.23 (QI) 15.08.23 (QII) 15.11.23 (QIII) 28.02.24 (QI - QIV) Korrekturfrist bis 15.03.24	15.05.24 (QI) 15.08.24 (QII) 15.11.24 (QIII) 28.02.25 (QI - QIV) Korrekturfrist bis 15.03.25
Einrichtungsbefragung Hygiene- und Infektionsmanagement (NWIEA, NWIES)	01.01.24 - 28.02.24 Korrekturfrist bis 15.03.24	01.01.25 - 28.02.25 Korrekturfrist bis 15.03.25
Patientenbefragung Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PPCI)	monatliche Exportpflicht: 07.02., 07.03. ... 07.12.23 und 07.01.24 jeweils plus 7 Tage Korrekturfrist	monatliche Exportpflicht: 07.02., 07.03. ... 07.12.24 und 07.01.25 jeweils plus 7 Tage Korrekturfrist
Sollstatistiken und Konformitätserklärungen	15.03.24	15.03.25
Risikostatistik	15.03.24	15.03.25

Bitte beachten Sie, dass die Datensätze der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen Dokumentation, die nicht bis 24 Uhr bei der Datenannahmestelle eingegangen sind, nicht mehr bei der Jahresauswertung berücksichtigt werden können. Nähere Informationen zur Datengrundlage und zu den Lieferfristen zum Erfassungsjahr 2023 sind in der **Anlage 1** und zum Erfassungsjahr 2024 in der **Anlage 2** zusammengefasst.

Datenannahmestellen	Einrichtung	Datenübermittlung
für Krankenhäuser	LQMV e.V.	per E-Mail an das@lqmv.de
für Vertragsärzte	KVMV	Upload via KV-Connect

2. Einrichtungsbefragung 2023 zum QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“

Zur Vermeidung von Wundinfektionen nach chirurgischen Eingriffen sind Krankenhäuser und operierende Vertragsärzte der Fachrichtungen

- Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Viszeralchirurgie
- Urologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Plastische Chirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe

jährlich zur Teilnahme an der Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement verpflichtet. Die jährliche Dokumentationspflicht bezieht sich jeweils auf das vorangegangene Jahr und ist bis zum 28. Februar abzuschließen. Es empfiehlt sich, dass sich betroffene Ärzte sowie Krankenhaus- und Praxispersonal bereits frühzeitig mit den Inhalten der Befragung auseinandersetzen.

Die Vertragsärzte können über ein Webportal an der Einrichtungsbefragung teilnehmen. Den Link zum Webportal finden Sie im Mitgliederportal Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Krankenhäuser können die bestehenden Angebote der QS-Softwareanbieter nutzen.

3. Sollstatistiken und Konformitätserklärungen

Zum Erfassungsjahr 2023 sind alle Krankenhäuser sowie dokumentationspflichtige Vertragsärzte zur Abgabe von **zwei Sollstatistiken** verpflichtet:

- **Sollstatistik_DeQS** (Meldung zur methodischen Sollstatistik) für jede Krankenhausstandortnummer (stationär) bzw. Betriebsstättennummer (ambulant)
- **Sollstatistik_DeQS_EDOK** (Meldung zur Dokumentationsverpflichtung für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIES_LKG und NWIEA_LKG) je Institutionskennzeichen (stationär) bzw. Betriebsstättennummer (ambulant); enthält jahresbezogen jeweils die Angabe, ob eine Dokumentationsverpflichtung vorliegt (1) oder nicht (0))

Die KVMV erstellt die Sollstatistiken für die Vertragsärzte.

Die Sollstatistiken für 2023 der Krankenhäuser sind in elektronischer Form gemäß des bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformates an die LQMV e.V. zu übermitteln (das@lqmv.de).

Die Dateinamen für die Sollstatistiken der Krankenhäuser in elektronischer Form müssen die folgenden Formate haben (sonst können sie nicht angenommen werden):

- SOLL_2023_<9-stellige IK-Nummer>_<6-stellige StandortID>_MV_DeQS.zip.gpg
(Sollstatistik_DeQS)
- SOLL_2023_<9-stellige IK-Nummer>_MV_DeQS_EDOK.zip.gpg
(Sollstatistik_DeQS_EDOK)

Die Krankenhaussoftware generiert die Sollstatistiken in elektronischer Form. Zudem stellt sie die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben (**Konformitätserklärung**) bereit. Die Konformitätserklärung ist per Post oder in elektronischer Form unter Verwendung einer fortgeschrittenen elektronischen Signatur an die LQMV e.V. zu übermitteln. Bei Einreichung per Post bitten wir darum, zur Fristwahrung die von der Geschäftsführung unterzeichneten Konformitätserklärung vorab per Fax oder als gescanntes PDF per E-Mail zu übermitteln. Es ist darauf zu achten, dass seitens des Krankenhauses die unterschriebene Papierversion erst dann übermittelt wird, wenn die elektronische Version von der LQMV e.V. als „fehlerfrei“ bestätigt worden ist. Daher empfehlen wir, die von der LQMV e.V. übermittelte Konformitätserklärung für Ihr Haus zu verwenden.

4. Risikostatistik

Die Risikostatistik für 2023 der Krankenhäuser ist **für jede Krankenhausstandortnummer** in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat ausschließlich an die LQMV e.V. zu übermitteln (das@lqmv.de). Die Vertragsärzte müssen keine Risikostatistik erstellen.

Der Dateiname für die Risikostatistik in elektronischer Form muss folgendes **Format** haben (sonst können sie nicht angenommen werden):

- RS_2023_<9-stellige IK-Nummer>_<6-stellige StandortID>_MV.zip.gpg

5. Sanktionen

In den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen zu den Verfahren der DeQS-RL ist unter dem Paragraphen „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.

6. Neue einheitliche Begriffsdefinitionen für Zeiträume und Wechsel des Jahresbezugs

Zur Vereinheitlichung und Normierung von Begrifflichkeiten wurden seitens des IQTIG neue Begriffe für die Umschreibung eines Zeitraumes oder eines Jahresbezugs definiert. Die erstmalige Anwendung erfolgt mit der Erstellung und Auslieferung der Q3-Zwischenberichte im Dezember 2023. Betroffen von der Umstellung ist u. a. der Bundesqualitätsbericht sowie die Jahresauswertungen und dazugehörigen Quartalsauswertungen, bei denen sich zukünftig die Dateibenennung sowie Informationen z. B. auf dem Deckblatt ändern wird. Das bisher genutzte Erfassungsjahr (EJ) wird hierbei als Dateibenennung nicht weiter genutzt. Dafür kommt das Auswertungsjahr (AJ) im Dateinamen zur Anwendung. Das Auswertungsjahr ist als das Jahr definiert, in dem eine Jahresauswertung erzeugt und übermittelt wird.

In der nachfolgenden Tabelle sind die neuen einheitlichen Begriffsdefinitionen für Zeiträume und Wechsel des Jahresbezugs dargestellt:

Begriff	Definition
Auswertungsjahr (AJ)	Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die zugehörigen Zwischenberichte werden dem Auswertungsjahr des Jahresberichts zugeordnet. Standardmäßig wird im Auswertungsjahr das Stellungnahmeverfahren durchgeführt.
Erfassungsjahr (EJ)	Jahr, zu dem Qualitätssicherungsdaten für die Auswertung erfasst wurden. Bei den meisten QS-Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde (dadurch sind sogenannte Überlieger berücksichtigt); bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
Spezifikationsjahr	Jahr, für das die Erfassung der Qualitätssicherungsdaten spezifiziert wurde. Bei fallbezogenen Verfahren erfolgt die Zuordnung zum Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient aufgenommen wurde (stationär) bzw. behandelt wurde (ambulant); bei Sozialdaten ist es das Jahr, in dem eine Diagnose festgestellt wurde oder eine Behandlung erfolgt ist; bei Krebsregisterdaten ist es das Jahr der Diagnosestellung. Für Spezifikationen, die keine konventionelle Dokumentation beinhalten, können ggf. spezifische Regelungen gelten. In der Sollstatistik handelt es sich um das Jahr, in dem die Patientin oder der Patient entlassen (stationär) bzw. behandelt (ambulant) wurde und ist damit dem Begriff Erfassungsjahr gleichzusetzen.
Berichtszeitraum	Zeitraum, zu dem für einen Qualitätsindikator bzw. eine Kennzahl eine Auswertung erfolgt bzw. über den berichtet wird. In Bezug auf einen Bericht umfasst der Berichtszeitraum die Gesamtheit der berichteten Indikator- bzw. kennzahlspezifischen Berichtszeiträume. Die Vergleichswerte (Vorjahre) werden mit dem Begriff Vergleichszeitraum adressiert. Bei Follow-up-Verfahren umfasst der Berichtszeitraum den Zeitraum ab dem Erfassungsjahr der Entlassung (Index-/Ersteingriff) bis zum Jahr des erforderlichen Folgeereignisses.
Vergleichszeiträume	Zeiträume, die zu Vergleichsdarstellungen genutzt werden. Üblicherweise sind darunter meist die zwei dem Berichtszeitraum vorangegangenen Zeiträume (= Vorjahre) zu verstehen. Die Vergleichszeiträume werden nicht in den Berichtszeitraum eines Berichtes mit eingerechnet.

Tabelle 1: Übersicht der Begriffsdefinitionen

7. Änderungen in den Regelungen zur Datenvalidierung (Teil 1 § 16 DeQS-RL)

Genau wie bei den Qualitätsindikatoren werden zukünftig auch die Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung den Leistungserbringern vor Beginn der Datenerhebung über prospektive Rechenregeln und Referenzbereiche bekannt gegeben. Durch Aufnahme der Ergebnisse und Zwischenergebnisse in die Rückmeldeberichte erhalten die Leistungserbringer auf diesem Wege frühzeitig und unterjährig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität und können Dokumentationsfehler nun bereits vor der Auswertung erkennen und korrigieren. So kann das Stellungnahmeverfahren von Diskussionen über Eingabefehler entschlackt und auf die Behandlungsqualität fokussiert werden. Darüber hinaus bleibt es dem IQTIG weiterhin möglich, neue Auffälligkeitskriterien auch ohne prospektive Rechenregeln und erst mit Bekanntgabe der endgültigen Rechenregeln einzuführen, sofern sich aus den Auswertungen eine entsprechende Notwendigkeit ergibt. Durch eine Übergangsregelung wurde sichergestellt, dass die neuen Regelungen erstmals in 2025 zum Erfassungsjahr 2024 greifen.

8. Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung

Mit den Beschlüssen des G-BA vom 21. April 2022, 19. Mai 2022 und 19.01.2023 wurde das IQTIG damit beauftragt, die bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung zu überprüfen, sowie Empfehlungen zur Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder des jeweiligen QS-Verfahrens zu erarbeiten. Am 16. November wurde der Abschlussbericht des IQTIG vom 19. Juli 2023 zu den ersten drei Modellverfahren:

- Verfahren 1 „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“
- Verfahren 12 „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (HSMDEF)“
- Verfahren 15 „Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)“

mit einer begleitenden Kommentierung des G-BA zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG freigegeben. Der Beschluss einschließlich der Kommentierung ist auf den Internetseiten des G-BA unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/> abrufbar. In der Kommentierung weist der G-BA darauf hin, dass zwar relevante Fragestellungen noch nicht oder nicht vollständig bearbeitet wurden, der vorgelegte Bericht jedoch aus Sicht des G-BA grundsätzlich geeignet, die QS-Verfahren zu optimieren, z.B. durch ein zielgenaueres Messen und ein Reduzieren des Dokumentationsaufwands.

Die konsentierten Empfehlungen für die drei Verfahren mit entsprechender Anpassung der DeQS-RL und der diesbezüglichen Spezifikation werden erstmals für das Erfassungsjahr 2025 wirksam. Der vom G-BA festgestellte Nachbesserungsbedarf soll vom IQTIG in Form eines ergänzenden Berichts bis zum 31. Januar 2024 vorgelegt werden. Die in Entwicklung befindlichen Empfehlungen für die nächsten sechs QS-Verfahren (QS KCHK, QS CAP, QS MC, QS KAROTIS, QS DEK, QS HGV) sollen für das Erfassungsjahr 2026 und die Empfehlungen für die weiteren sechs QS-Verfahren (QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM, QS GYN-OP) für das Erfassungsjahr 2027 umgesetzt werden.

9. Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Mit Beschluss des G-BA vom 21.12.2023 erfolgte eine verfahrensübergreifende Klarstellung, nach der die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Auswertung von Follow-up-Indikatoren auch versichertenbeziehbare Daten enthalten können, die bei anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern oder bei den Krankenkassen erhoben worden sind. Damit sollen vorbehandelnde Einrichtungen in die Lage versetzt werden, Erkenntnisse über spätere Ergebnisse von Behandlungen zu erhalten, damit diese für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement genutzt und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden können.

10. Änderungen in den QS-Verfahren ab 2024

Der G-BA hat für das Erfassungsjahr 2024 verschiedene Änderungen in den QS-Verfahren beschlossen. Eine Zusammenfassung relevanter Änderungen in den landesbezogenen QS-Verfahren ist der **Anlage 3** zu entnehmen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der LQMV