

Rundmail vom 31.03.2017

Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Datum vom 15.12.2016 beschloss der G-BA die o.g. Richtlinie (<https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2812/>). Wir informierten mit unseren Rundmails vom 20.12.2016 und 02.01.2017 bereits darüber.

Am 24.02.2017 erklärte das BMG seine Nichtbeanstandung. Die Richtlinie trat am 24.03.2017 nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Wir möchten daher nachfolgend noch einmal darauf hinweisen.

Die Ergebnisse und Bewertungen ausgewählter Indikatoren der **Leistungsbereiche 15/1 Gynäkologische Operationen, 16/1 Geburtshilfe und 18/1 Mammachirurgie** werden somit ab dem Erfassungsjahr 2017 nach Durchführung eines besonderen Datenvvalidierungs- und Stellungnahmeverfahrens an die Planungsbehörden (Kassen und Ministerium) der Länder übermittelt.

Datenexport der Krankenhäuser

Der Datenexport muss pro Quartal erfolgen:

Die Abgrenzung der Patienten soll nach Information der Bundesebene nach Aufnahmedatum erfolgen. Somit sind alle QS-Bögen von Patienten, die im jeweiligen Quartal aufgenommen und bis zum Ende der dazugehörigen Exportfrist entlassen wurden, zum entsprechenden Quartal zu übermitteln. Bis zum 28.02. des Folgejahres sind Korrekturen von Daten aus früheren Quartalen möglich.

Datenvvalidierung

Das Datenvvalidierungsverfahren erfolgt per Akteneinsicht im Krankenhaus (erstmal im Mai 2018 für die Daten aus 2017). Unklar ist derzeit noch, ob die LQS oder der MDK mit dem Verfahren beauftragt werden wird.

Eine Datenvvalidierung erfolgt:

- Bei statistisch auffälligen (signifikant vom Referenzbereich abweichenden) Einrichtungen (Es sei denn, das Krankenhaus erklärt, dass der Auffälligkeit keine Dokumentationsfehler zugrunde liegen)
- Bei Krankenhäusern mit Nachlieferungen von Daten (bei Einrichtungen also, die die quartalsmäßige Übermittlung der Daten nicht eingehalten haben)
- Bei Krankenhäusern, die im Vorjahr statistisch auffällige Ergebnisse hatten
- Bei einer zufällig ausgewählten Stichprobe

Bei Feststellung von Dokumentationsfehlern soll eine Neuberechnung der Ergebnisse erfolgen.

Strukturierter Dialog

Bei statistisch auffälligen Einrichtungen (signifikant vom Referenzwert abweichend) wird der Strukturierte Dialog durch das Institut auf Bundesebene (IQTIG) geführt. Die Landesebenen werden lediglich einbezogen, um aus dem Strukturierten Dialog der Vorjahre zu berichten. Die Bewertung der Stellungnahmen erfolgt durch ein fachliches, auf Bundesebene zu bildendes Expertengremium.

Zeitlicher Ablauf/Fristen

- | | |
|-----------------------|--|
| - 15.05.2017 | Datenlieferung 1. Quartal |
| - 01.07.2017 | Übermittlung der Auswertung für das 1. Quartal |
| - 15.08.2017 | Datenlieferung 2. Quartal |
| - 01.10.2017 | Übermittlung der Auswertung für das 2. Quartal |
| - 15.11.2017 | Datenlieferung 3. Quartal |
| - 15.01.2018 | Übermittlung der Auswertung für das 3. Quartal |
| - 28.02.2018 | Datenlieferung 4. Quartal und Frist für Nachlieferungen aus den früheren Quartalen |
| - 15.04.2018 | Übermittlung der Jahresauswertung |
| - 01.05. – 31.05.2018 | Datenvvalidierungsverfahren |
| - 01.06. – 31.07.2018 | Stellungnahmeverfahren |
| - 01.08. – 31.08.2018 | Fachliche Bewertung |

Fazit

Wir empfehlen Ihnen dringend, ab dem Erfassungsjahr 2017 die Datenlieferfristen für die einzelnen Quartale einzuhalten und besonderes Augenmerk auf die Dokumentationsqualität zu legen. Die Ausfüllhinweise finden Sie auf der Seite des IQTIG unter folgendem Link:

<https://iqtig.org/datenerfassung/spezifikationen/qs-basispezifikation-fuer-leistungserbringer/2017/v04/ausfuellhinweise-und-dokumentationsboegen/>

Nach Berechnung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2016 werden wir Einrichtungen, die bezüglich der planungsrelevanten Indikatoren rechnerische und statistische Abweichungen von den Referenzwerten (auffällige und signifikant auffällige Ergebnisse) aufweisen, gesondert informieren. Zu diesen Indikatoren werden wir in diesem Jahr bei Abweichung vom Referenzwert grundsätzlich Stellungnahmeverfahren einleiten.

Vor Ablauf der Datenlieferfristen werden wir jeweils gesondert informieren, so dass Sie keinen Termin versäumen.

Bitte informieren Sie die ärztlichen Leiter der entsprechenden Abteilungen!

Bei Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Es grüßt Sie freundlich
Christine Kertscher

Leiterin der Landesgeschäftsstelle



Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
Bei der Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena
Tel. 03641 614-220
Fax 03641 614-225
www.lqs-thueringen.de