

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der MDK-Qualitätskontroll- Richtlinie:

Ergänzung von Teil B. - Besonderer Teil I. Erster Abschnitt Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

Vom 22. November 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 22. November 2018 beschlossen die Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) in der Fassung vom 21. Dezember 2017 (BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen]), wie folgt zu ändern:

I. Teil A wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ die Wörter „zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ eingefügt.
2. In § 2 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch die Wörter „zu verarbeiten“ ersetzt.
3. In § 4 Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ die Wörter „zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ eingefügt.
4. In § 9 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch die Wörter „zu verarbeiten“ ersetzt.
5. In § 10 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch die Wörter „zu verarbeiten“ ersetzt.
6. In § 11 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch die Wörter „zu verarbeiten“ ersetzt.

II. Folgender Teil B wird angefügt:

”

Teil B. - Besonderer Teil

I. Erster Abschnitt

Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Dieser Abschnitt des Besonderen Teils regelt gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Teil A weitere Kontrollen der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser für folgende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):
- a. Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinien über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern /QSKH)
 - b. Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i.V.m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan-QI-RL)
 - c. Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)
 - d. Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Absatz 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zu einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL)
- (2) Vorbehaltlich von Satz 2 gelten im Rahmen ihres jeweiligen Anwendungsbereichs die Vorgaben der in Absatz 1 bestimmten Richtlinien. Für das Verfahren der weiteren Kontrollen dieses Abschnitts gelten abweichend und unberührt von den spezifischen Vorgaben zur Datenvalidierung der Richtlinien nach Absatz 1 die Vorgaben dieser Richtlinie. Sie sind durch die in diesem Abschnitt festgelegten Stellen zu beauftragen und müssen durch die in diesem Abschnitt bestimmten Anhaltspunkte begründet sein.

§ 2 Kontrollgegenstand und Zweck der weiteren Kontrollen

Die Kontrollen erfolgen jeweils auf Grundlage derjenigen Qualitätssicherungsdaten, die nach den Vorgaben der Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B durch die Krankenhäuser zu dokumentieren sind. Gegenstand der Kontrollen ist ein gezielter Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung der Qualitätssicherungsdaten mit der Patientenakte wegen konkreter Anhaltspunkte auf Dokumentationsmängel überprüft wird. Sinn und Zweck der weiteren Kontrollen ist eine ergänzende Datenvalidierung hinsichtlich möglicher weiterer Dokumentationsmängel, die im Rahmen der in den Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B geregelten Kontrollen nicht auffallen.

§ 3 Anhaltspunkte für die Beauftragung der Qualitätskontrolle

Anhaltspunkte gemäß § 4 Absatz 3 Satz 3 Teil A für die Beauftragung einer weiteren Kontrolle im Sinne dieses Abschnitts sind

- a. nicht nur unerhebliche Diskrepanzen zwischen einrichtungsbezogenen aufgrund von G-BA-Richtlinien und -Beschlüssen zu veröffentlichenden Ergebnissen der externen Qualitätssicherung und von im Rahmen der Abrechnung oder von Abrechnungsprüfungen vorgelegten Informationen.

- b. Hinweise auf Dokumentationsfehler in der externen Qualitätssicherung, die sich aus Meldungen von Versicherten oder sonstigen Dritten gemäß § 4 Absatz 2 Satz 1 lit. d Teil A oder auf der Grundlage publizierter Informationen über das Krankenhaus ergeben.
- c. Nicht nur unerhebliche Diskrepanzen zwischen den Angaben in Teil C1 des Qualitätsberichtes und weiteren Teilen des Qualitätsberichtes.

§ 4 Beauftragende Stelle

Mit der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation von Qualitätssicherungsdaten eines Krankenhauses können

- a. die für die Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung verantwortlichen Gremien und die mit der Umsetzung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 lit. b Teil A,
- b. die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1 lit. c Teil A den MDK beauftragen.

§ 5 Umfang der Qualitätskontrolle

- (1) Die Kontrolle umfasst im Sinne von § 6 Teil A einen Abgleich der Qualitätssicherungsdaten mit den Patientenakten des Erfassungsjahres, auf das sich die Anhaltspunkte beziehen. Soweit erforderlich, kann die zuständige beauftragende Stelle in die Kontrolle Qualitätssicherungsdaten von bis zu zwei weiteren bereits abgeschlossenen Erfassungsjahren einbeziehen, die diesem Jahr vorangehen oder ihm nachfolgen. Somit umfasst die Kontrolle maximal drei Erfassungsjahre. In die Kontrolle dürfen nur ab dem 1. Juli 2017 erfasste Qualitätssicherungsdaten des Erfassungsjahres 2017 einbezogen werden.
- (2) Die Kontrolle erfolgt standortbezogen. Für die Definition des Standortes eines Krankenhauses und ihrer Ambulanzen gilt die Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 29. August 2017. Die beauftragende Stelle bestimmt den zu kontrollierenden Krankenhausstandort. Mehrere Krankenhausstandorte können in die Kontrollen einbezogen werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.
- (3) Die beauftragende Stelle kann einen oder mehrere der jeweils in den maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B bestimmten Leistungsbereiche festlegen, die kontrolliert werden sollen. Dabei umfasst die Kontrolle den Leistungsbereich, auf den sich die Anhaltspunkte beziehen. Mehrere Leistungsbereiche können in die Kontrolle einbezogen werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.
- (4) Ferner sind die Fälle im Sinne der jeweils maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B auszuwählen, die in die Kontrolle einbezogen werden sollen. Die Auswahl kann entweder aufgrund einer gezielten oder einer zufälligen Auswahl erfolgen oder aufgrund einer Kombination aus Beidem.
- (5) Bei einer gezielten Auswahl nach Absatz 4 erfolgt die Festlegung der zu kontrollierenden Fälle durch die beauftragende Stelle. Dabei sind Fälle in die Kontrolle einzubeziehen, auf die sich die Anhaltspunkte beziehen.
- (6) Die zufällige Auswahl der zu kontrollierenden Fälle erfolgt durch das Institut nach § 137a SGB V. Die Auswahl umfasst in der Regel 20 zufällig ausgewählte Fälle je Leistungsbereich und je Erfassungsjahr. Eine größere Anzahl von Fällen kann ausgewählt werden, wenn dies aus methodischen Gründen erforderlich ist. Liegt die

Fallzahl des Standorts in dem jeweiligen Leistungsbereich unter 20, sind alle Fälle in die Kontrolle einzubeziehen.

- (7) Die Kontrolle umfasst in der Regel mindestens diejenigen der jeweils in den maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B festgelegten Datenfelder, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren des jeweiligen Leistungsbereichs verwendet werden. Darüber hinaus können von der beauftragenden Stelle weitere zu kontrollierende Datenfelder festgelegt werden, wenn dies aufgrund der Anhaltspunkte erforderlich ist.

§ 6 Art und Verfahren der Kontrolle

- (1) Bei Vorliegen eines Anhaltspunktes nach § 3 Teil B erteilt die beauftragende Stelle nach § 4 Teil B dem MDK einen Kontrollauftrag gemäß § 7 Teil A. In diesem sind auch die spezifischen Festlegungen nach § 5 Teil B zu begründen.
- (2) Die Kontrollen erfolgen ausschließlich nach Anmeldung vor Ort im Krankenhaus nach den Vorgaben des § 9 Teil A.
- (3) Der MDK informiert das Institut nach § 137a SGB V sowie bei indirekten bzw. länderbezogenen Verfahren die jeweilige mit der Umsetzung der Qualitätssicherung beauftragte Stelle auf der Landesebene unverzüglich nach Abschluss der Auftragsklärung gemäß § 7 Abs. 1 und Abs. 2 Teil A über den Kontrollauftrag.
- (4) Das Institut nach § 137a SGB V übermittelt innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Information gemäß Absatz 3 die Vorgangsnummern der zu kontrollierenden Fälle im Sinne der jeweils maßgeblichen Richtlinien nach § 1 Absatz 1 Teil B sowie die jeweiligen von den Krankenhäusern übermittelten Datensätze in elektronischer Form an die jeweiligen Datenannahmestellen, die diese unverzüglich an den MDK weitergeben. Dabei ist sicherzustellen, dass dem MDK diejenigen Vorgangsnummern übermittelt werden, die dem Krankenhaus die Reidentifikation der zu kontrollierenden Fälle ermöglichen.
- (5) Der MDK teilt dem Krankenhaus abweichend von der in § 9 Abs. 3 Teil A vorgegebenen Frist die Vorgangsnummern der zu kontrollierenden Fälle spätestens 2 Arbeitstage nach der Übermittlung an den MDK, mindestens jedoch 10 Arbeitstage vor dem Kontrolltermin mit.
- (6) Das Krankenhaus stellt dem MDK über den gesamten Kontrollzeitraum vor Ort die vollständige Patientendokumentation, soweit diese für die Durchführung des Kontrollauftrags erforderlich ist, der anhand der übermittelten Vorgangsnummern identifizierten Krankenhausesfälle zur Einsicht und Verarbeitung im Sinne von § 9 Absatz 4 Satz 2 Teil A zur Verfügung.
- (7) Die Dokumentation des gezielten Datenabgleichs im Krankenhaus erfolgt soweit möglich nach einheitlichen Vorgaben mit Hilfe standardisierter Dokumente in elektronischer oder Papierform, die vom Institut nach § 137a SGB V vorgegeben werden.

§ 7 Umgang mit dem Kontrollbericht und den Kontrollergebnissen

- (1) Der MDK erstellt einen Kontrollbericht nach Maßgabe von § 14 Teil A. Aus dem Kontrollbericht muss insbesondere für jeden zu kontrollierenden Fall und für jedes zu kontrollierende Datenfeld hervorgehen, ob eine Übereinstimmung zwischen Patientenakte und Dokumentation für die Qualitätssicherung besteht oder nicht. Wenn eine solche Festlegung nicht getroffen werden kann, sind die Gründe hierfür im Einzelnen darzustellen.

- (2) Der MDK übermittelt den Kontrollbericht nach Maßgabe des § 15 Absatz 1 Teil A. Die beauftragende Stelle übermittelt den Kontrollbericht
- a. bei weiteren Kontrollen nach § 1 Absatz 1 lit. a (QSKH-RL) und lit. b (plan.QI-RL) Teil B je nach Zuständigkeit an das Institut nach § 137a SGB V oder die jeweils auf Landesebene beauftragte Stelle oder an Beide,
 - b. bei weiteren Kontrollen nach § 1 Absatz 1 lit. c (DeQS-RL) Teil B je nach Zuständigkeit an die Bundesstelle oder die LAG oder an Beide,
 - c. bei weiteren Kontrollen nach § 1 Absatz 1 lit. d (Qesü-RL) Teil B je nach Zuständigkeit an das Institut nach § 137a SGB V oder die LAG oder an Beide.
- wenn dies zur Erfüllung der ihnen nach der jeweils maßgeblichen Richtlinie übertragenen Aufgaben erforderlich ist.

“

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 22. November 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

In dieser Fassung nicht in Kraft getreten, geändert durch weiteren Beschluss