

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL):  
Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den  
QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

Vom 15. Dezember 2022

## Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
	a) Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) .....	2
	b) Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX).....	5
	c) Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) .....	7
	d) Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) .....	9
	e) Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) .....	10
	f) Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) .....	12
	g) Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) .....	13
	h) Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	14
	i) Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) .....	16
	j) Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM).....	18
	k) Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV).....	20
	l) Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) .....	22
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	24

<b>4.    Verfahrensablauf.....</b>	<b>24</b>
<b>5.    Fazit .....</b>	<b>25</b>
<b>6.    Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>26</b>

## **1.    Rechtsgrundlage**

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

## **2.    Eckpunkte der Entscheidung**

### **a) Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 1:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschrfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein

entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

## **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### Zu Satz 5 (neu):

Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, konnte die Datenauswertung entgegen der Richtlinienvorgabe beschleunigt werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs enthält demnach Auswertungen von zwei Erfassungsjahren: für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr) sowie für die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es wird die Legaldefinition „Gesamtauswertung“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriff verwendet wird.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

### Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor

Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

## **Zu § 17 Fristen für Berichte**

### Zu Absatz 1:

Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, konnte die Datenauswertung entgegen der Richtlinienvorgabe beschleunigt werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs enthält demnach Auswertungen von zwei Erfassungsjahren: für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr) sowie für die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

### Zu Absatz 3:

In diesem Jahr wird erstmalig das Stellungnahmeverfahren für QS CHE durchgeführt, wodurch der Qualitätssicherungsergebnisbericht (QSEB) erstmalig im März 2023 an das IQTIG übermittelt werden kann. In den Vorjahren wurde das Stellungnahmeverfahren ausgesetzt.

### Zu Absatz 4:

Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, konnte die Datenauswertung entgegen der Richtlinienvorgabe beschleunigt werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs enthält demnach Auswertungen von zwei Erfassungsjahren: für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr) sowie für die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

## **§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **b) Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 1:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 14 Datenlieferfristen**

### Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

## **Zu § 15 Fristen für Berichte**

### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 14 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur

Ganzjahresdatenlieferung in § 14 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

## **§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Da der G-BA Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze gemäß § 137 Absatz 2 SGB V erst noch beschließen wird, können für das Erfassungsjahr 2022 keine Vergütungsabschläge erhoben werden.

### **c) Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 1:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschrfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschrzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschrfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

### Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

## **Zu § 17 Fristen für Berichte**

### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur

Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Da der G-BA Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze gemäß § 137 Absatz 2 SGB V erst noch beschließen wird, können für das Erfassungsjahr 2022 keine Vergütungsabschläge erhoben werden.

### **d) Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)**

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

#### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

##### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

#### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren

Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **e) Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

#### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

##### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

## **Zu § 17 Fristen für Berichte**

### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

## **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

## **f) Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)**

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

#### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch

bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

## **g) Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)**

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

#### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten

reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **h) Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)**

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren

jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

#### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022 und die Risikostatistik zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen

Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **i) Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 2:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenkenung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

## **Zu § 17 Fristen für Berichte**

### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

## **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

## **j) Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)**

### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

#### Zu Absatz 1:

Die Datenfelder „eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ und „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ sollen letztmalig in der Spezifikation 2023 im Auswertungsmodul PM-NEO erhoben werden, um eine Kreuzvalidierung von Fall-Verknüpfungen anhand des Bloom-Filters für Kinder mit mehreren stationären Aufenthalten in Kinderkliniken durchführen zu können.

#### Zu Absatz 2:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

## **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene**

### Zu Absatz 3 (neu):

Die Müttersterbefälle im Rahmen der stationären Geburt werden als Qualitätsindikator auf Landesebene (Änderung gemäß Beschluss vom 21. Juli 2022 zu Teil 2 Verfahren 13 Anlage I, Indikator 7) im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erfasst und aufgearbeitet. Da es sich dabei um sog. „Sentinel Events“ mit besonders gravierendem Ausgang handelt (es werden in Deutschland üblicherweise etwa 20 bis 30 Müttersterbefälle pro Jahr registriert), kann auch das Expertengremium auf Bundesebene diese Fälle analysieren und klassifizieren und Risikogruppen auf Basis der todesursächlichen direkt und indirekt gestationsbedingten Diagnosen identifizieren, um daraus generelle Handlungsempfehlungen für ein adäquates klinisches Vorgehen in kritischen Geburtssituationen erarbeiten zu können. Diese Arbeitsgruppe des Expertengremiums kann für die Analyse ergänzende anonymisierte Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren über die jeweiligen LAGen anfordern. Sofern im Einzelfall weitere Informationen notwendig sind, kann das IQTIG diese in anonymisierter Form über die LAGen leistungserbringerbezogen nachfordern. Eine Depseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gegenüber dem Expertengremium erfolgt nicht. Die Auswertung erfolgt vielmehr in vollständig anonymisierter Form.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-

Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **k) Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 2:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten

des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschrfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

## **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem

Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS HGV)**

#### Zu Tabelle b Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung:

Der Follow-up-Zeitraum wurde in den QI-Titel aufgrund der Auflagen des BMG vom 9. Dezember 2020 aufgenommen. Der Zeitraum von 90 Tagen ergibt sich aus den verwendeten Follow-up-Zeiträumen entsprechend der Rechenregeln (QS HGV (HEP) à Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen // 10271).

### **I) Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 2:

Die Löschung des Patientenpseudonyms, auch vor Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erforderliche erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze einer Patientin oder eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientennummer zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden,

kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der Follow-up-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

## **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

### Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Klarstellung. Es werden die Legaldefinitionen „Gesamtauswertung“ und „Zwischenberichte“ eingeführt, die an anderer Stelle in der Richtlinie bereits als Begriffe verwendet werden.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zu der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer seit dem 1. Januar 2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der

Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft tretenden Änderungen umfassen auch bereits die Lieferungen für das 4. Quartal und die Gesamtdatenlieferung einschließlich Korrekturfrist zum Erfassungsjahr 2022 sowie die Sollstatistik zur fallbezogenen QS-Dokumentation zum Erfassungsjahr 2022.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KEP)**

Der Follow-up-Zeitraum wurde in den QI-Titel aufgrund der Auflagen des BMG vom 9. Dezember 2020 aufgenommen. Der Zeitraum von 90 Tagen ergibt sich aus den verwendeten Follow-up-Zeiträumen entsprechend der Rechenregeln (QS KEP) Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen // 54128).

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### **4. Verfahrensablauf**

Am 21. Juni 2022 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Juni 2022	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
23. August 2022	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
7. September 2022	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
11. Oktober 2022	AG-Sitzung	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
2. November 2022	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme
15. Dezember 2022	Plenum	Beschlussfassung

*(Tabelle Verfahrensablauf)*

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. September 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 12. September 2022 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 10. Oktober 2022.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum 6. Oktober 2022 vor (**Anlage 2**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 11. Oktober 2022 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 2. November 2022 durchgeführt (**Anlage 3**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom 12. September 2022 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 3**).

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen, die DeQS-RL Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

- Anlage 1: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage 2: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Anlage 3: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme

Berlin, den 15. Dezember 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:  
Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den  
QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

**Stand: 12.09.2022**

**Legende:**

*Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich*

Vom 15. Dezember 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) wird wie folgt geändert:
  1. In § 4 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
  2. § 9 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:  
„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
    - b) Der neue Satz 5 wird wie folgt geändert:
      - aa) In Buchstabe a werden nach dem Wort „Indikatoren“ die Wörter „mit 30-Tage Follow-up-Zeitraum“ eingefügt.
      - bb) In Buchstabe b werden die Wörter „zum Indikator „Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie““ durch die Wörter „zu Indikatoren mit 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum“ und wird das Wort „Vor-Vor-Vorjahres“ durch das Wort „Vor-Vorjahres“ ersetzt.
  3. In § 10 Absatz Satz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Rückmeldebericht“ das Wort „(Gesamtauswertung)“ eingefügt.

4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
- c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
- d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
- e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
- f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.

5. § 17 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Vor-Vorjahr“ durch das Wort „Vorjahr“ und werden die Wörter „einen Indexeingriff des Vor-Vor-Vorjahres“ durch die Wörter „Indexeingriffe des Vor-Vorjahres“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „Vor-Vorjahr, Auswertungen des Follow-up-Indikators zu „Weiteren Komplikationen“, die sich auf einen Indexeingriff aus Vor-Vor-Vorjahren“ durch die Wörter „Vorjahr mit 30-Tage Follow-up Zeitraum und Auswertungen zu Indikatoren mit 90-Tage und 365-Tage des Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexeingriffe des Vor-Vorjahres“ ersetzt.

6. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:  
„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
4. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“

- durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
- b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
  - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
  - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
  - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
5. In § 15 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  6. In § 16 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) wird wie folgt geändert:
1. In § 4 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
  2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:  
„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
  3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
  4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
    - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
    - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.

- f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
  5. In § 17 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  6. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- IV. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) wird wie folgt geändert:
1. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
  2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
  3. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
    - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
    - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
    - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
  4. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  5. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- V. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) wird wie folgt geändert:
1. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswertungen und Berichte werden dem aufnehmenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“

2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
  3. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
    - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
    - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
    - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
  4. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  5. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- VI. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) wird wie folgt geändert:
1. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
  2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
  3. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.

- d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
  - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
  - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
- 4. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  - 5. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- VII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) wird wie folgt geändert:
- 1. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
  - 2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
  - 3. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
    - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
    - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
    - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
  - 4. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  - 5. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

VIII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) wird wie folgt geändert:

1. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:  
„Die Auswertungen und Berichte werden dem entlassenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
2. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
3. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
  - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
  - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
  - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
  - g) In Satz 8 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
4. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
5. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

IX. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 2 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:  
„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung)“ ersetzt.

- sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
    - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
    - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
    - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
    - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
  5. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  6. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
- X. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) wird wie folgt geändert:
1. In § 4 Absatz 2 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt.
  2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswertungen und Berichte werden bei geburtshilflichen Leistungen dem entbindenden oder ersatzweise diagnostizierenden Standort (Auswertungsstandort) und bei neonatologischen Leistungen dem entlassenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
  3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
  4. Dem § 15 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 Absatz 3 der Richtlinie hinaus, kann dieses Expertengremium auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe zum Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ mit folgenden Aufgaben einrichten:

    1. Besprechung und Klassifizierung von sowohl direkt als auch indirekt gestationsbedingten Müttersterbefällen (in Anlehnung an die WHO-Definition)

2. Identifizierung von Risikogruppen auf Basis der todesursächlichen gestationsbedingten Diagnosen
3. Erarbeitung von generellen Handlungsempfehlungen für ein adäquates klinisches Vorgehen in kritischen Geburtssituationen und Einbringen in die klinische Fort- und Weiterbildung.

Die LAGen übermitteln dem Institut nach § 137a SGB V die für die Aufgaben der Arbeitsgruppe des Expertengremiums erforderlichen Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 auf Anforderung in anonymisierter Form. Sofern im Einzelfall weitere Informationen notwendig sind, kann das Institut nach § 137a SGB V diese über die LAGen nachfordern.

5. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
  - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
  - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
  - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
6. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
7. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

XI. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGv) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 2 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.
4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
  - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
  - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
  - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
5. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
  6. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
  7. In der Anlage I Tabelle Buchstabe b wird Zeile 13 wie folgt gefasst:

„13	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	10271
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator“

XII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 2 wird das Wort „Quartals“ durch das Wort „Erfassungsjahres“ ersetzt und werden die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ gestrichen.
2. In § 9 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:  
„Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.“
3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ durch die Wörter „Rückmeldebericht (Gesamtauswertung)“ ersetzt.

sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte)“ ersetzt.

4. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „15. April“ durch die Angabe „15. Mai“, die Angabe „15. Juli“ durch die Angabe „15. August“, die Angabe „15. Oktober“ durch die Angabe „15. November“ und die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - b) In Satz 2 wird die Angabe „15. Februar“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
  - c) In Satz 3 wird die Angabe „22. Februar“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.
  - d) In Satz 5 wird die Angabe „20. Februar“ durch die Angabe „5. März“ und die Angabe „25. Februar“ durch die Angabe „18. März“ ersetzt.
  - e) In Satz 6 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „23. März“ ersetzt.
  - f) In Satz 7 wird die Angabe „28. Februar“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.
5. In § 17 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“, die Angabe „15. September“ durch die Angabe „30. September“, die Angabe „15. Dezember“ durch die Angabe „31. Dezember“ und werden die Wörter „sowie eine“ durch das Wort „als“ ersetzt.
6. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
7. In der Anlage I wird Zeile 10 wie folgt gefasst:

„10	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	54128
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Knieendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Indikatortyp	Ergebnisindikator“

XIII. Die Änderung der Richtlinie tritt **am 1. Januar 2023** in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den **15. Dezember 2022**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL):  
Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den  
QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

Vom 15. Dezember 2022

**Stand: 12.09.2022**

**Legende:**

*Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich*

**Hinweis:**

*Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.*

## Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
a)	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE).....	3
b)	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX).....	5
c)	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) .....	7
d)	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) .....	9
e)	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) .....	10
f)	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) .....	11
g)	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) .....	13
h)	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) .....	14
i)	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) .....	15

j)	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) .....	17
k)	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) .....	19
l)	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP).....	21
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	23
4.	Verfahrensablauf.....	24
5.	Fazit .....	25
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	25

## 1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren soweit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### a) Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

#### Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

##### Zu Absatz 1:

IQTIG-Vorschlag
<p>Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenkenntung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der</p>

Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschrfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

## **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### Zu Satz 5:

#### **IQTIG-Vorschlag**

Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, konnte die Datenauswertung entgegen der Richtlinienvorgabe beschleunigt werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs enthält demnach Auswertungen von zwei Erfassungsjahren: für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr) sowie für die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

### Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus

nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

IQTIG-Vorschlag
Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, konnte die Datenauswertung entgegen der Richtlinienvorgabe beschleunigt werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs enthält demnach Auswertungen von zwei Erfassungsjahren: für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr) sowie für die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

#### Zu Absatz 4:

IQTIG
Da die bisher gelieferten Daten eine stabile und ausreichend gute Datenqualität aufweisen, konnte die Datenauswertung entgegen der Richtlinienvorgabe beschleunigt werden. Der Bericht eines Berichtsjahrs enthält demnach Auswertungen von zwei Erfassungsjahren: für Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum von 90 und 365 Tagen (IDs 58001, 58005, 58006): Auswertung im zweiten Jahr nach dem Indexeingriff (Vor-Vorjahr) sowie für die Indikatoren mit einem Follow-up-Zeitraum bis zu 30 Tagen (IDs 58000, 58002, 58003, 58004): Auswertung im ersten Jahr nach dem Indexeingriff (Vorjahr).

### **§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **b) Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 1:

**IQTIG-Vorschlag**

Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungsverfahren für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenkenung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

**Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

**Zu § 14 Datenlieferfristen**Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung

zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 15 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 14 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 14 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Da der G-BA Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze gemäß § 137 Absatz 2 SGB V erst noch beschließen wird, können für das Erfassungsjahr 2022 keine Vergütungsabschlüsse erhoben werden.

## **c) Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)**

### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

#### Zu Absatz 1:

IQTIG-Vorschlag
Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der

Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschrfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschrzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschrfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

#### Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe

Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Da der G-BA Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze gemäß § 137 Absatz 2 SGB V erst noch beschließen wird, können für das Erfassungsjahr 2022 keine Vergütungsabschläge erhoben werden.

## **d) Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)**

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die

Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

#### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

##### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

#### **e) Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**

##### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

**Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

**Zu § 17 Fristen für Berichte**Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

**Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

**f) Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)****Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

**Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

**g) Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)****Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

**Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

**Zu § 17 Fristen für Berichte**Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **h) Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)**

#### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

##### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

#### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von

Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **i) Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)**

#### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

##### Zu Absatz 2:

IQTIG-Vorschlag
<p>Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenkenntung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten</p>

des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

#### Zu Absatz 1:

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

**Zu § 17 Fristen für Berichte**Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

**Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

**j) Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)****Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**Zu Absatz 1:**IQTIG-Vorschlag**

Die Datenfelder „eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ und „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ sollen letztmalig in der Spezifikation 2023 im Auswertungsmodul PM-NEO erhoben werden, um eine Kreuzvalidierung von Fall-Verknüpfungen anhand des Bloom-Filters für Kinder mit mehreren stationären Aufenthalten in Kinderkliniken durchführen zu können.

Zu Absatz 2:**IQTIG-Vorschlag**

Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenkenung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des

Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschrfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene**

#### Zu Absatz 3:

#### **IQTIG-Vorschlag**

Die Müttersterbefälle im Rahmen der stationären Geburt werden als Qualitätsindikator auf Landesebene (Änderung vom XX.XX.2022 zu Teil 2 Verfahren 13 Anlage I, Indikator 7) im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens erfasst und aufgearbeitet. Da es sich dabei um sog. „Sentinel Events“ mit besonders gravierendem Ausgang handelt (es werden in Deutschland üblicherweise etwa 20 bis 30 Müttersterbefälle pro Jahr registriert), kann auch das Expertengremium auf Bundesebene diese Fälle analysieren und klassifizieren und Risikogruppen auf Basis der todesursächlichen direkt und indirekt gestationsbedingten Diagnosen identifizieren, um daraus generelle Handlungsempfehlungen für ein adäquates klinisches Vorgehen in kritischen Geburtssituationen erarbeiten zu können. Diese Arbeitsgruppe des Expertengremiums kann für die Analyse ergänzende anonymisierte Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren über die jeweiligen LAGen anfordern. Sofern im Einzelfall weitere Informationen notwendig sind, kann das IQTIG diese über die LAGen nachfordern. Eine Depseudonymisierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gegenüber dem Expertengremium erfolgt nicht. Die Auswertung erfolgt vielmehr in vollständig anonymisierter Form.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung

zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

## **k) Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)**

### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

#### Zu Absatz 2:

IQTIG-Vorschlag
Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenennung zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des

Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

### **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

#### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

### **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe

Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **Zu Anlage I Tabelle b (QS HGV)**

IQTIG-Vorschlag
Der Follow-up Zeitraum wurde in den QI-Titel aufgrund der Auflagen des BMG vom 09. Dezember 2020 aufgenommen. Der Zeitraum von 90 Tagen ergibt sich aus den verwendeten FU-Zeiträumen entsprechend der Rechenregeln (QS HGV (HEP) à Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen // 10271).

## **I) Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)**

### **Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

#### Zu Absatz 2:

IQTIG-Vorschlag
Die Löschung des Patientenpseudonyms, nach Ablauf des Stellungnahmeverfahrens für ein QS-Verfahren bzw. der berechneten Kennzahl, ist für eine ggf. erneute Berechnung unproblematisch. Die patientenbezogene Auswertung von Datensätzen (innerhalb eines Erfassungsjahres oder über einen Follow-Up-Zeitraum hinaus) setzt voraus, dass die Datensätze eines Patienten über den ausgewerteten Zeitraum über die Patientenkennung

zusammengeführt werden können. Um diese eindeutige Identifizierung des Patientendatensatzes durchführen zu können, werden bereits zum Zeitpunkt der Datenentgegennahme im IQTIG die Patientenpseudonyme durch zufällig generierte Ersatzpseudonyme ersetzt. Die Zuordnung von Patientenpseudonym zu Ersatzpseudonym wird in der Datenentgegennahme bis zur vorgeschriebenen Löschfrist vorgehalten. Weitere eingehende Datensätze zu einem Patientenpseudonym erhalten somit solange das gleiche Ersatzpseudonym, solange in der Zuordnungstabelle ein entsprechender Eintrag enthalten ist. Mit der Löschung der Zuordnung zwischen dem Patientenpseudonym und dem Ersatzpseudonym wird Letzteres zu einem echten Anonym. Sollte nach der Löschung ein weiterer Datensatz mit dem zuvor bekannten Patientenpseudonym übermittelt werden, kann kein bekanntes Ersatzpseudonym bzw. Anonym ermittelt werden und es wird ein entsprechend neues Ersatzpseudonym erzeugt, was später wieder in ein Anonym umgewandelt wird. Der Löschzeitraum, der um ein Jahr länger ist als der FU-Zeitraum des Verfahrens stellt sicher, dass die Sozialdaten, die mit einem Jahr Verzögerung in der Bundesauswertestelle eintreffen, das gleiche Ersatzpseudonym erhalten, wie die QS-Daten des entsprechenden Erfassungsjahres. Mit der Festlegung der Löschfrist auf den Abschluss eines Erfassungsjahres ist zudem gesichert, dass Sozialdaten, die auch noch im 2. Quartal des Folgejahres eintreffen können, mitberücksichtigt werden.

## **Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

### Zu Satz 3:

Der neue Satz 3 stellt für Krankenhäuser klar, dass die Auswertungen bei diesem Verfahren dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Dieser gilt somit als Auswertungsstandort. Hintergrund dieser Ergänzung ist, dass die Behandlungsfälle in der Sollstatistik der Krankenhäuser immer dem „entlassenden Standort“ zugeordnet sind, weil dieser für die Abrechnung zuständig ist. Die maßgebliche fachliche Verantwortung kann je nach Verfahren jedoch bei einem anderen Standort liegen, sodass die Auswertungen diesem Standort zugeordnet werden.

## **Zu § 16 Datenlieferfristen**

Mit Beschluss vom 15. Juli 2021 hatte der G-BA als Beitrag zur der insgesamt angestrebten Verfahrensbeschleunigung die Datenlieferfristen für die Leistungserbringer seit dem 01.01.2022 vorgezogen und verkürzt. Die Quartalsdaten des ersten bis dritten Quartals sollten infolgedessen innerhalb von zwei Wochen nach Quartalsende statt zuvor innerhalb von sechs Wochen geliefert werden. Die Datenlieferfristen des vierten Quartals und damit die Lieferung der Ganzjahresdaten wurde von acht auf sechs Wochen nach Quartalsende gekürzt. Auch die Korrekturfrist für die Ganzjahresdaten reduzierte sich um drei Wochen. Ziel war es hierbei, sowohl den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine frühzeitige Rückmeldung zu Datenvollständigkeit und Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zur Verfügung zu stellen als auch die Zeitspanne für das Stellungnahmeverfahren auf insgesamt 8 Wochen bzw. die Monate Juni und Juli auszuweiten. In der praktischen Umsetzung jedoch stellte dies insbesondere die Krankenhäuser vor Herausforderungen, da hier neben den dokumentierenden Ärzten/-innen und Pflegekräften eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Kodierkräfte und Fachpersonal aus Labor, Pathologie und Qualitätsmanagement) abteilungsübergreifend in die Informationserfassung für die QS-Dokumentation involviert ist, deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. In den Krankenhäusern kommen häufig

mehrere Software-Subsysteme zur Erfassung der QS-Daten zum Einsatz, die über komplexe Schnittstellen miteinander kommunizieren und deren Software-Updates hinreichend Zeit benötigen. Durch gesetzliche Änderungen darf zudem die Rechnungslegung im Krankenhaus nur noch einmalig ohne Korrekturen erfolgen, was den Abstimmungsaufwand zwischen Rechnungsabteilung, Medizincontrolling und dem mit der Qualitätssicherung betrauten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal vor Ausleitung der QS-Datensätze zusätzlich erhöht hat. Seit Inkrafttreten der verkürzten Fristen wurde der G-BA in zahlreichen Schreiben von Krankenhäusern auf diese Situation hingewiesen und gebeten, wieder zu den bisherigen Fristen zurückzukehren. Um die Qualität der QS-Dokumentation nicht zu gefährden und den geschilderten Problemen Rechnung zu tragen, wird daher ab dem Erfassungsjahr 2023 wieder zu den Datenlieferfristen, wie sie für das Erfassungsjahr 2021 galten, zurückgekehrt.

### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

#### Zu Absatz 1:

Aufgrund der Änderungen in § 16 wird auch die Frist für die Bereitstellung der Zwischenberichte nach § 10 für die Quartale 1 bis 3 angepasst und orientieren sich an den Regelungen des Erfassungsjahres 2021. Die Frist für die Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres (Quartal 1 bis 4) kann trotz Verschiebung der Frist zur Ganzjahresdatenlieferung in § 16 seitens der Bundesauswertungsstelle beibehalten werden, sodass hier kein Bedarf für eine Anpassung besteht.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Der G-BA wird Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze erst noch beschließen.

### **Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KEP)**

IQTIG-Vorschlag
Der Follow-up Zeitraum wurde in den QI-Titel aufgrund der Auflagen des BMG vom 09. Dezember 2020 aufgenommen. Der Zeitraum von 90 Tagen ergibt sich aus den verwendeten FU-Zeiträumen entsprechend der Rechenregeln (QS KEP) Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen // 54128).

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

#### 4. Verfahrensablauf

Am 21. Juni 2022 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In drei Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
21. Juni 2022	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlusssentwurf
23. August 2022	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlusssentwurf
7. September 2022	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
11. Oktober 2022	AG-Sitzung	Vorbereitung der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens
2. November 2022	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
15. Dezember 2022	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

#### Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. September 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 12. September 2022 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 10. Oktober 2022.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 3**)/teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 11. Oktober 2022 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 2. November 2022 durchgeführt (**Anlage 4**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 4**).

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen, die DeQS-RL Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

## 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 15. Dezember 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

nur per E-Mail:  
qs@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 06.10.2022

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1282

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen  
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung der DeQS-RL Teil 2**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Ausgehend von den Ausführungen in den Tragenden Gründen zu Teil II Verfahren 13 - § 15 Abs. 3 der DeQS-RL und der regelmäßigen Formulierungspraxis in diesem Absatz halte ich eine Ergänzung für erforderlich.

Aus dem Beschlusssentwurf ergibt sich nicht eindeutig, dass die Informationen im Einzelfall auch nur in anonymisierter Form übermittelt werden sollen. Aufgrund des Regelungszusammenhangs und zum Zweck einer transparenten und stringenten Ausgestaltung der Regelung ist dies aber notwendig.

Ich bitte daher den Beschlusssentwurf entsprechend zu ergänzen.

Weiteren Anmerkungsbedarf sehe ich derzeit nicht.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Lenz



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

Seite 2 von 2

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

**Auswertung der Stellungnahmen  
gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Quali-  
tätssicherung: Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren 3  
und 5 bis 15**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

## **Inhalt**

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

### **I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen**

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	6. Oktober 2022	Stellungnahme

### **Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen**

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 11. Oktober 2022 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 2. November 2022 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 2. November 2022) <i>Empfehlung des Unterausschusses</i>
1.	BfDI / 6. Oktober 2022	<p>Ausgehend von den Ausführungen in den Tragenden Gründen zu Teil II Verfahren 13 - § 15 Abs. 3 der DeQS-RL und der regelmäßigen Formulierungspraxis in diesem Absatz halte ich eine Ergänzung für erforderlich.</p> <p>Aus dem Beschlussentwurf ergibt sich nicht eindeutig, dass die Informationen im Einzelfall auch nur in anonymisierter Form übermittelt werden sollen. Aufgrund des Regelungs-zusammenhangs und zum Zweck einer transparenten und stringenten Ausgestaltung der Regelung ist dies aber notwendig.</p> <p>Ich bitte daher den Beschlussentwurf entsprechend zu ergänzen. Weiteren Anmerkungsbedarf sehe ich derzeit nicht.</p>	<p>Der Empfehlung des BfDI entsprechend wird folgende Änderung von § 15 Absatz 3 Satz 3 im Verfahren QS PM vorgenommen:</p> <p><i>„<sup>3</sup>Sofern im Einzelfall weitere Informationen notwendig sind, kann das Institut nach § 137a SGB V diese <u>in anonymisierter Form</u> über die LAGen nachfordern.“</i></p>

## II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 7. September 2022 eingeladen bzw. im Unterausschuss Qualitätssicherung angehört:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

<b>Organisation</b>	<b>Einladung zur Anhörung angenommen</b>	<b>An Anhörung teilgenommen:</b>
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	nein	nein