

Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung Vom 19. April 2010

[1823 A]

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in einem schriftlichen Beschlussverfahren am 19. April 2010 den Erlass folgender Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beschlossen:

I.

Die Richtlinie lautet wie folgt:

„Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Teil 1: Rahmenbestimmungen

Abschnitt A: Allgemeines

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Verfahrensarten
- § 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen

Abschnitt B: Aufbauorganisation

- § 4 Beauftragungsgrundsätze
- § 5 Landesarbeitsgemeinschaften
- § 6 Aufgaben der LAG
- § 7 Bundesstelle
- § 8 Aufgaben der Bundesstelle
- § 9 Datenannahmestelle
- § 10 Auswertungsstellen
- § 11 Vertrauensstelle
- § 12 Zusammenarbeit

Abschnitt C: Verfahrensablauf

- § 13 Grundmodell des Datenflusses
- § 14 Arten der Daten
- § 15 Erheben und Übermitteln der Daten
- § 16 Datenvalidierung
- § 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Abschnitt D: Berichte

- § 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer
- § 19 Qualitätssicherungsergebnisberichte an die Institution nach § 137a SGB V
- § 20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA

Abschnitt E: Ablösungsrecht

- § 21 Ablösung länderbezogener Verfahren

Abschnitt F: Finanzierung

- § 22 Finanzierung

Abschnitt G: Sonstiges

- § 23 Bindung der einbezogenen Organisationen
- § 24 Information der Patientinnen und Patienten
- § 25 Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Präambel

¹Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt auf der Grundlage von § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V diese Richtlinie zur Sicherung und Förderung der Qualität in der medizinischen Versorgung. ²Sie gilt grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und

Patienten und enthält zunächst nur Vorgaben für einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung³). ³Diese haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen und damit die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken. ⁴Durch die sektorenübergreifende Betrachtung wird ein kontinuierlicher Qualitätsentwicklungsprozess eingeleitet.

^{*}) Zur sektorenspezifischen auch einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erfolgt eine ergänzende Regelung in dieser Richtlinie.

Teil 1: Rahmenbestimmungen

Abschnitt A: Allgemeines

Die Rahmenbestimmungen legen die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Bemessung der Versorgungsqualität durch das Erheben von Daten bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und deren untereinander erfolgenden Vergleich fest.

§ 1

Geltungsbereich

(1) Diese Richtlinie gilt für einrichtungs- und sektorenübergreifende Verfahren.

(2) Einrichtungsübergreifend sind Verfahren, die zur Beurteilung der Qualität einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers auf Vergleich mit anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aufbauen.

(3) ¹Sektorenübergreifend sind Verfahren, die nicht nur auf einen spezifischen Sektor bezogen Anwendung finden, sondern sektorale Grenzen in den jeweiligen Anforderungen unbeachtet lassen. ²Erfasst sind damit insbesondere Verfahren,

1. die ein Thema betreffen, bei dem mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben (*sektorenüberschreitende Verfahren*),
2. die ein Thema betreffen, bei dem die Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren erfolgt (sektorgleiche Verfahren),
3. die ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer in einem Sektor erbrachten Leistung durch die Messung in einem anderen Sektor überprüft wird (sektorenüberschreitendes follow-up-Verfahren).

(4) ¹Diese Richtlinie gilt gemäß § 135a Absatz 2, § 137 Absatz 1 und 2 SGB V insbesondere für:

1. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
2. zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ermächtigte ärztlich oder zahnärztlich geleitete Einrichtungen.

²Der Geltungsbereich umfasst alle Verträge des vierten Kapitels des SGB V mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 sowie aufgrund der Leistungsberechtigung nach § 116b SGB V und soweit relevant aufgrund von Modellvorhaben nach den §§ 63 und 64 SGB V. ³Der Geltungsbereich umfasst alle von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 für Patientinnen und Patienten erbrachten, in den themenspezifischen Bestimmungen näher benannten Leistungen.

(5) In die Durchführung der Verfahren sind insbesondere folgende bestehende oder zu gründende Organisationen verpflichtend eingebunden:

1. auf Bundesebene: die Institution nach § 137a SGB V, die Vertrauensstelle sowie weitere nach § 7 vom G-BA beauftragte Bundesstellen,
2. auf Landesebene:
 - Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) und von ihnen ggf. beauftragte unabhängige Auswertungsstellen,
 - die Träger der Landesarbeitsgemeinschaften: die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,
 - die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS),

3. die Vertragspartner für Maßnahmen nach § 17 Absatz 4,
4. gegebenenfalls das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Übermittlung von Daten gemäß § 21 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes auf Anfrage der Institution nach § 137a SGB V.

§ 2 Verfahrensarten

- (1) Die Verfahren werden grundsätzlich länderbezogen durchgeführt (im Folgenden: länderbezogene Verfahren).
- (2) Bundesbezogene Verfahren sollen insbesondere durchgeführt werden, wenn aufgrund der Eigenart des Themas oder aufgrund der Fallzahlen der Patientinnen oder Patienten oder der leistungserbringenden Personen oder Einrichtungen hinsichtlich eines Themas eine länderbezogene Durchführung nicht angezeigt erscheint.
- (3) Die Zuordnung zu einem der Verfahren erfolgt jeweils durch die themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2 dieser Richtlinie.

§ 3

Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen

¹Auf der Grundlage der von der Institution nach § 137a SGB V zu den vom G-BA ausgewählten Themen entwickelten Indikatoren und Instrumenten werden in den themenspezifischen Bestimmungen Festlegungen zu den jeweiligen Themen getroffen. ²Diese legen insbesondere fest:

1. Titel und Verfahrensnummer,
2. Ziele des Verfahrens
sowie die Bestimmung und sofern erforderlich Begründung
3. der Art des Verfahrens nach § 2 (länder- oder bundesbezogenes Verfahren),
4. des zugehörigen Datenflussmodells; Begründung eventuell erforderlicher Abweichungen nach Rücksprache mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
5. der zulässigen Zeitdauer der Speicherung und des Zeitpunkts der Löschung des Schlüssels durch die Vertrauensstelle,
6. von Art und Umfang der Stichprobe und Festlegung der zu erhebenden Daten nach § 14 einschließlich ihrer Zweckbindung und notwendiger Maßnahmen zur Datensicherheit; Begründung einer eventuell erforderlichen Vollerhebung,
7. bundeseinheitlicher Fristen für die jeweiligen Schritte der Durchführung und Berichterstattung und für eventuelle Nachsendefristen,
8. der bundeseinheitlichen Dokumentation, elektronischer Datensatzformate und Softwarespezifikationen,
9. der bundeseinheitlichen Kriterien für die Datenprüfung, -auswertung und -bewertung, sowie für die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie die Berichterstattung.

Abschnitt B: Aufbauorganisation

§ 4 Beauftragungsgrundsätze

- (1) Der G-BA wählt das jeweilige sektorenübergreifende Thema in einem strukturierten und transparenten Verfahren auf Grundlage seiner zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Verfahrensordnung aus.
- (2) ¹Im Auftrag des G-BA entwickelt die Institution nach § 137a SGB V die Instrumente und Qualitätsindikatoren, die notwendige Dokumentation und die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation, der Datenübermittlung und Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie ein Datenprüfprogramm für das ausgewählte Thema. ²Sofern vom G-BA beauftragt, führt die Institution nach § 137a SGB V für die entwickelten Verfahren eine EDV-technische Machbarkeitsprüfung und einen Probebetrieb durch.
- (3) Der G-BA erstellt und beschließt themenspezifische Bestimmungen dieser Richtlinie unter Beachtung der vorliegenden Ergebnisse der Institution nach § 137a SGB V.
- (4) Der G-BA überprüft die Einhaltung, Umsetzung und Notwendigkeit der Regelungsinhalte dieser Richtlinie.
- (5) ¹Der G-BA beauftragt die Vertrauensstelle gemäß § 11. ²Des Weiteren beauftragt der G-BA bei bundesbezogenen Verfahren die Bundesstelle gemäß § 8, welche die Verfahren nach dieser

Richtlinie durchführt. ³Bei länderbezogenen Verfahren führen die Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 die Verfahren in Abstimmung mit den KVen, KZVen, LQSen bzw. den LKGen nach dieser Richtlinie durch.

(6) Der G-BA beauftragt die Bundesauswertungsstelle in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften bzw. ersatzweise vor Einrichtung der Landesarbeitsgemeinschaften mit den sie bildenden Organisationen,

- die Datenbankstruktur,
- Zugriffsrechte gemäß dieser Richtlinie,
- die Auswertungsroutinen und
- notwendige technische Voraussetzungen

für die Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle vorzuhaltenden Daten für länderbezogene Auswertungen zu schaffen und den Landesarbeitsgemeinschaften zur Verfügung zu stellen.

§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften

(1) ¹Auf der Ebene der Bundesländer oder auch bundeslandübergreifend bilden die jeweilige KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen im Land eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). ²Existieren in einem Land mehrere KVen oder KZVen, dann sind diese mit einzubeziehen.

(2) ¹Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungs-gremium. ²Die Organisationen nach Absatz 1 sind im Lenkungs-gremium stimmberechtigt. ³Das Lenkungs-gremium ist paritätisch besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einerseits und Vertreterinnen und Vertretern der in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer andererseits. ⁴Das Lenkungs-gremium wählt entweder aus seiner Mitte wechselnd eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden und benennt eine unparteiische Vorsitzende oder einen unparteiischen Vorsitzenden. ⁵Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden den Ausschlag. ⁶Das Lenkungs-gremium ist dem G-BA gegenüber für die ordnungsgemäße Durchführung der Richtlinien verantwortlich.

(3) ¹Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. ²Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landeszahnärztekammern und/oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erhalten im Lenkungs-gremium ein Mitberatungsrecht. ⁴Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gegenüber der LAG gilt § 140f Absatz 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

(4) ¹Die LAG richtet eine Geschäftsstelle ein und gibt sich eine Geschäftsordnung. ²Die Struktur der LAG muss bei der Datenverarbeitung im Verhältnis zu ihren Trägerorganisationen die Einhaltung des Datenschutzes nach § 299 SGB V gewährleisten.

(5) ¹Die LAG richtet zur Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen ein mit Expertise jeweils aus dem ambulanten und stationären Bereich. ²Die Fachkommissionen sollen die fachliche Bewertung der Auswertungen übernehmen. ³Weitere Aufgaben können von ihr im Rahmen der Umsetzung der durch die LAG beschlossenen QS-Maßnahmen übernommen werden. ⁴Hierzu zählt u. a. die Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien oder von Peer-Review-Verfahren. Die fachlichen Anforderungen an die Qualifikation der Mitglieder richten sich nach dem jeweiligen Themengebiet bzw. Leistungsbereich. ⁵Alle Mitglieder der Fachkommissionen sollen neben den themenspezifischen Fachkenntnissen und Erfahrungen möglichst Kenntnisse und Erfahrungen im Qualitätsmanagement haben. ⁶Von den stimmberechtigten Mitgliedern der Fachkommissionen müssen mindestens ²/₃ Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtungen bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein. ⁷Soweit relevant müssen Angehörige der Pflegeberufe angemessen beteiligt werden. ⁸Die näheren Anforderungen regeln die themenspezifischen Bestimmungen. ⁹In den Fachkommissionen erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Absatz 1 und 2 SGB V) ein Mitberatungsrecht. ¹⁰Themenbezogen können Vertreterinnen und Vertreter anderer Heilberufe ein Mitberatungsrecht erhalten.

(6) Sofern von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, bundeslandübergreifend eine LAG einzurichten, ist sicherzustellen, dass eine Darstellung der Aufgabenerfüllung, insbesondere die der Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen landesbezogen erfolgen kann.

(7) Soweit die LAG nach dieser Richtlinie andere Organisationen mit der Durchführung von Aufgaben betraut, verbleibt die Durchführungsverantwortung beim Lenkungsgremium der LAG.

§ 6 Aufgaben der LAG

¹Die LAG hat bei länderbezogenen Verfahren insbesondere die folgenden Aufgaben:

1. Beauftragung einer Auswertungsstelle gemäß § 10 mit der Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle vorzuhaltenden Daten auf der Grundlage von § 3 Satz 2 Nummer 9 und § 4 Absatz 6 für Auswertungen der länderbezogenen Verfahren oder unmittelbare Verwendung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der länderbezogenen Verfahren,
2. Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen nach § 9,
3. Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen nach § 17 Absatz 2 („Stellungnahmeverfahren“) und Absatz 3 (Maßnahmestufe 1) bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 1 Absatz 4 Nummer 2, soweit sie Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen behandeln (im Folgenden: SV-LE),
4. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten gemäß § 19,
5. Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 25,
6. Förderung des Austausches der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander über qualitätsverbessernde Maßnahmen,
7. laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von der Institution nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze.

²Die Beauftragung der Auswertungsstelle nach § 10 für ergänzende länderspezifische Auswertungen bleibt unberührt.

§ 7 Bundesstelle

Die Bundesstelle ist die Institution nach § 137a SGB V, wenn nicht der G-BA durch die themenspezifischen Bestimmungen unter vergleichbaren Bedingungen eine andere Organisation als Bundesstelle beauftragt.

§ 8 Aufgaben der Bundesstelle

¹Die Bundesstelle nimmt für die bundesbezogenen Verfahren die Aufgaben entsprechend § 6 mit Ausnahme der Beauftragung der Auswertungsstelle wahr. ²Für die Beauftragung der Auswertungsstelle gilt § 10 Absatz 2.

§ 9 Datenannahmestelle

(1) ¹Datenannahmestellen sind diejenigen Stellen, an welche die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die erhobenen Daten übermitteln. ²Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist die zuständige KV/KZV. ³Datenannahmestelle für Krankenhäuser ist die LQS oder die LKG. ⁴Datenannahmestelle für Daten betreffend die selektivvertragliche Tätigkeit von SV-LE ist die Vertrauensstelle nach § 11.

(2) ¹Die Datenannahmestellen prüfen die übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit, sofern dies mit § 299 Absatz 1 Satz 4 SGB V vereinbar ist und leiten sie mit dem Ergebnis der Überprüfung an die Bundesauswertungsstelle weiter. ²Die Datenannahmestellen ersetzen die die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizierenden Daten durch ein pro Verfahren unterschiedliches Pseudonym. ³Die Datenannahmestelle nach Absatz 1 Satz 4 hat, soweit möglich, die ihr von der Datenannahmestelle nach Absatz 1 Satz 2 übermittelten Pseudonyme zu verwenden. ⁴Die Datenannahmestellen nach Absatz 1 unterstützen die LAG bzw. die Bundesauswertungsstelle

bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10. ⁵Soweit zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 erforderlich, wird gemäß § 17 Absatz 7 der zuständigen Stelle die Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers ermöglicht.

§ 10 Auswertungsstellen

(1) ¹Auswertungsstellen sind Stellen, die Auswertungen der Qualitätssicherungsdaten nach bundeseinheitlichen Kriterien vornehmen. ²Sie müssen die Anforderungen des § 299 Absatz 3 SGB V erfüllen.

(2) ¹Der G-BA beauftragt die Institution nach § 137a SGB V oder eine andere Einrichtung als Bundesauswertungsstelle. ²Sie hat folgende Aufgabenstellung:

1. Die Prüfung der an sie übermittelten Datensätze auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Plausibilität soweit diese Prüfung durch die Datenannahmestelle gemäß § 9 Absatz 2 nicht umfassend erfolgt oder nicht auf geeignete Weise belegt ist,
2. die patientenbezogene Zusammenführung und Prüfung der zusammengeführten Datensätze,
3. die Auswertung der geprüften Daten nach bundeseinheitlichen Kriterien auch für länderbezogene Verfahren und die Weiterleitung dieser Auswertung an die LAG unbeschadet der Nutzung durch die LAGen nach § 6 Nummer 1,
4. die Vorhaltung der geprüften Daten für länderbezogene Verfahren und Gewährung der Nutzungsmöglichkeit für länderbezogene Verfahren,
5. die Übermittlung angeforderter anonymisierter Datenauswertungen an den G-BA.

§ 11 Vertrauensstelle

(1) ¹Vertrauensstelle ist eine Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten gemäß § 14 Absatz 2, die im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erhoben werden, pseudonymisiert. ²Als Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 4 nimmt die Vertrauensstelle die von den SV-LE im Rahmen der selektivvertraglichen Tätigkeit erhobenen Daten an und pseudonymisiert die leistungserbringeridentifizierenden Daten.

(2) ¹Der G-BA beauftragt eine generelle Vertrauensstelle. ²Der G-BA kann für einzelne Verfahren eine andere Vertrauensstelle beauftragen.

(3) ¹Die Vertrauensstelle muss den Anforderungen nach § 299 Absatz 2 SGB V genügen. ²Die Vertrauensstelle hat die zu pseudonymisierenden, patientenbezogenen Daten nach erfolgter Pseudonymisierung und Weiterleitung des Pseudonyms zu löschen. ³Sie erstellt grundsätzlich pro Verfahren ein Patientenpseudonym. ⁴Eine Reidentifikation von Patientinnen oder Patienten anhand des Patientenpseudonyms ist auszuschließen.

§ 12 Zusammenarbeit

(1) ¹Die in den §§ 5 bis 11 genannten Stellen sollen jeweils als Kooperationspartner mit dem G-BA bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Leistungen einen wechselseitigen Rückkopplungsmechanismus über die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickeln und anwenden. ²Hierzu gehören auch die Meldungen von zeitlichen Verzögerungen oder Kooperationsproblemen hinsichtlich der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie konkreter systembezogener Veränderungswünsche an den G-BA.

(2) Die in den §§ 5 bis 11 genannten Stellen sowie alle weiteren beteiligten Personen und Organisationen sollen jeweils als Kooperationspartner mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zusammenarbeiten.

Abschnitt C: Verfahrensablauf

§ 13 Grundmodell des Datenflusses

(1) Der Fluss der Daten erfolgt grundsätzlich elektronisch und in elektronisch auswertbarer Form unter Einbeziehung einer Datenannahmestelle und einer Vertrauensstelle an die Bundesauswertungsstelle.

(2) ¹Der G-BA legt in den themenspezifischen Bestimmungen jeweils die erforderlichen Daten fest. ²Er gibt die Softwarespezifikationen für die Erfassung der Daten nach § 14 vor. ³Dabei kann er sich der Institution nach § 137a SGB V oder einer anderen

Stelle auf Bundesebene bedienen. ⁴Die jeweils beauftragte Stelle auf Bundesebene bezieht zur Definition der erforderlichen Datenschnittstellen und Anforderungen an die Dokumentationssoftware Vertreterinnen und Vertreter aller Parteien ein, die durch den Datenfluss berührt sind. ⁵Dies sind insbesondere die KBV, die KZBV, die DKG, der GKV-SV, die PKV, die LAGen und Anbieter von Praxis- und Krankenhaussoftware. ⁶Im Rahmen der nach Satz 2 vorgegebenen Spezifikation übernehmen die KBV für den vertragsärztlichen Bereich und die KZBV für den vertragszahnärztlichen Bereich die Softwarezertifizierung innerhalb von zwei Monaten nach Antragsstellung. ⁷Die Institution nach § 137a SGB V erstellt und pflegt ein Datenprüfprogramm gemäß § 4 Absatz 2 und macht es öffentlich zugänglich.

(3) ¹Für den konkreten Fluss der Daten bei einzelnen Themen gilt das in der Anlage beschriebene Grundmodell. ²Weitere Konkretisierungen erfolgen in den themenspezifischen Bestimmungen.

(4) Abweichungen von diesem Grundmodell sind durch die themenspezifischen Bestimmungen möglich, bedürfen aber – soweit es nicht das in den tragenden Gründen erläuterte Alternativmodell betrifft – einer separaten Überprüfung auf ihre Vereinbarkeit mit datenschutzrechtlichen Vorgaben.

§ 14

Arten der Daten

(1) Hinsichtlich der Daten ist zu unterscheiden zwischen personenbezogenen Daten, Qualitätssicherungsdaten und administrativen Daten.

(2) Personenbezogene Daten sind patientenidentifizierende oder leistungserbringeridentifizierende Daten, die deren eindeutige Identifizierung ermöglichen, wie z. B. Krankenversicherungsnummer, Betriebsstättennummer, Arztnummer, Institutionskennzeichen.

(3) ¹Qualitätssicherungsdaten sind die für das jeweilige Verfahren relevanten Behandlungsdaten, die Angaben zum Gesundheitszustand der Betroffenen oder über die erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen enthalten, sowie weitere in den themenspezifischen Bestimmungen festzulegende relevante Daten. ²In der Regel sind sie prospektiv zu erheben. ³Gemeinsam mit den Qualitätssicherungsdaten wird eine von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für den Dokumentationszeitraum und die Patientin oder den Patienten eindeutig generierte Fallnummer geliefert, die nur ihnen die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten in Rückmeldeberichten ermöglicht.

(4) ¹Administrative Daten sind Daten, die zur Prüfung auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit geeignet sind sowie weitere, meldebezogene Daten. ²Die meldebezogenen Daten umfassen Daten, die insbesondere der Organisation des Datenflusses dienen, z. B. den meldenden Leistungserbringer bis zur Pseudonymisierung durch die Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1, Standort, Zeitstempel und Nummer des Datensatzes, das Thema der jeweiligen Datenlieferung sowie Angaben über Kommunikationspartner.

§ 15

Erheben und Übermitteln der Daten

(1) Die in § 1 Absatz 4 genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, die nach den themenspezifischen Bestimmungen erforderlichen Daten zu erheben und nach Vorgabe dieser Richtlinie zu übermitteln.

(2) ¹Um der Datenannahmestelle und ggf. Bundesauswertungsstelle die Überprüfung der Vollzähligkeit zu ermöglichen, erstellen die Krankenhäuser für alle Patientinnen und Patienten und die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für ihre am QS-Verfahren beteiligten Privatpatientinnen und Privatpatienten und im Rahmen von Selektivverträgen behandelten Patientinnen und Patienten eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. ²Die Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form der Datenannahmestelle übermittelt.

(3) ¹Die Aufstellung ist mit einer Erklärung über die Richtigkeit der Angaben, die von einer vertretungsberechtigten Person der Leistungserbringer nach Absatz 2 unterzeichnet ist, zu übermitteln (Konformitätserklärung). ²Die Übermittlung erfolgt mindestens einmal jährlich, es sei denn, ein abweichender Zeitpunkt wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

(4) ¹Die Datenannahmestelle erteilt den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 2 bis zum 30. April des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres eine Bescheinigung über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß diesen Bestimmungen. ²In dieser Bescheinigung ist zu vermerken, ob die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 ihren oder seinen Berichtspflichten sowie ihrer oder seiner Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 3 fristgerecht nachgekommen ist. ³Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 legt diese Bescheinigung dem jeweiligen Vertragspartner zusammen mit den tatsächlichen Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) vor.

§ 16

Datenvalidierung

(1) Die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten sind von der Bundesauswertungsstelle und den LAGen gemäß dem Datenvalidierungsverfahren auf ihre Validität zu prüfen.

(2) Spezifische Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren, insbesondere zum Umfang und zur Grundlage einer Stichprobenprüfung erfolgen in den themenspezifischen Bestimmungen und in gesonderten Beschlüssen.

(3) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen. ²Bei Auffälligkeiten haben sie auf Nachfrage der datenvalidierenden Stelle an der Aufklärung und Beseitigung der Ursachen mitzuwirken. ³Soweit dies nicht erfolgt, kommen die Maßnahmen nach § 17 entsprechend zur Anwendung.

§ 17

Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) ¹Zuständige Stelle für die Bewertung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 1 Absatz 4 übermittelten Qualitätssicherungsdaten, insbesondere für die Bewertung der von der Auswertungsstelle festgestellten Auffälligkeiten sowie die Einleitung und Umsetzung der qualitätsverbessernden Maßnahmen sind

– bei länderbezogenen Verfahren die LAGen

Sie tragen jeweils die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen gegenüber dem G-BA. Im Rahmen dieser Gesamtverantwortung sollen sie die Durchführung der einzelnen QS-Maßnahmen – soweit notwendig zur gemeinsamen Durchführung – an die KVen/KZVen/LQSen bzw. LKGen delegieren, wobei die Fachkommissionen an der Durchführung zu beteiligen sind;

– bei bundesbezogenen Verfahren die Institution nach § 137a SGB V oder eine andere benannte Bundesstelle

Sie trägt jeweils die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen gegenüber dem G-BA, wobei bei der Durchführung der einzelnen QS-Maßnahmen die KVen/KZVen/LQSen bzw. LKGen – soweit notwendig gemeinsam – zu beteiligen sind.

²Die zuständigen Stellen prüfen die ihnen übermittelten Auswertungen auf Auffälligkeiten.

(2) ¹Ergeben die Auswertungen Auffälligkeiten bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, wird ihr oder ihm zunächst Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben („Stellungnahmeverfahren“). ²Hierzu gehören neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und Begehungen (strukturierter Dialog). ³Das Stellungnahmeverfahren erfolgt unter der Verantwortung der nach Absatz 1 zuständigen Stelle durch Delegation bzw. unter Beteiligung der dort jeweils genannten Organisationen und Fachkommissionen. ⁴Das Verfahren nach Satz 1 und 2 kann darüber hinaus auch dann durchgeführt werden, wenn eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer auffällig gute Ergebnisse hat oder in Vorjahren wiederholt auffällig war.

(3) ¹Können die Auffälligkeiten im strukturierten Dialog nicht ausreichend aufgeklärt werden, beschließt die nach Absatz 1 zuständige Stelle über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen und legt unter Delegation an die bzw. unter Beteiligung der dort jeweils genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen fest. ²Primär soll durch die in Absatz 1 genannten Organisationen eine

auf Beseitigung von verbleibenden Zweifeln gerichtete Vereinbarung mit den betreffenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, es sei denn, es bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände.³ Als Inhalt einer Vereinbarung kommen beispielsweise in Betracht (Maßnahmenstufe 1):

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien,
- Teilnahme am Qualitätszirkel,
- Implementierung von Behandlungspfaden,
- Durchführung von Audits,
- Durchführung von Peer Reviews,
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

(4) ¹Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände, verweigert eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer den Abschluss oder die Erfüllung einer Vereinbarung oder wird der durch die Vereinbarung angestrebte Zustand in der vorgesehenen Zeit nicht erreicht, ist der betroffenen Leistungserbringerin oder dem betroffenen Leistungserbringer Gelegenheit zur Äußerung zu geben. ²Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen. ³Die zuständige Stelle nach Absatz 1 entscheidet unter Berücksichtigung der Äußerung über die Anwendung folgender Maßnahmen (Maßnahmenstufe 2):

- Korrektur der Vereinbarung,
- Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen.

⁴Die Umsetzung dieser Empfehlungen erfolgt bei kollektivvertraglich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten durch die KVen/KZVen, bei allen anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Rahmen der jeweiligen Vertragsbeziehungen.

(5) Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Auffälligkeiten, in Fällen, in denen die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer an der Qualitätssicherungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig teilnimmt oder in anderen Fällen mit dringendem Handlungsbedarf kann die zuständige Stelle nach Absatz 1 von dem vorgesehenen Stufenplan abweichen und unverzüglich Maßnahmen nach Absatz 4 beschließen.

(6) ¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen die Maßnahme nach Absatz 4 zweiter Spiegelstrich aus. ²Das Nähere regeln die themenspezifischen Bestimmungen.

(7) ¹Zur Durchführung der Maßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 unterstützen die Datenannahme- und die Auswertungsstelle die zuständigen Stellen bei der Klärung der Auffälligkeiten. ²Soweit erforderlich, wird der zuständigen Stelle die Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers ermöglicht.

(8) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 4 Satz 4 zuständigen Stellen melden der zuständigen Stelle nach Absatz 1 zu einem in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Zeitpunkt zeitnah zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die Fristen für die Berichterstattung werden in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

Abschnitt D: Berichte

§ 18

Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erhalten zu den von ihnen übermittelten Daten Rückmeldeberichte. ²Die jeweilige Auswertungsstelle leitet die nach einheitlichen Vorgaben erstellten Berichte so an die Datenannahmestellen weiter, dass diese keine Möglichkeit zur Einsichtnahme haben. ³Die jeweilige Datenannahmestelle sendet die Berichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. ⁴Es kann auch der Abruf von Berichten durch die Empfängergruppe im Rahmen eines Online-Verfahrens vorgesehen werden. ⁵Von Satz 2 unberührt bleiben Datenannahmestellen, bei denen ausgeschlossen ist, dass Krankenkassen, KVs, KZVs oder deren jeweilige Verbände Kenntnis von Sozialdaten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach den §§ 295, 300, 301, 301a und 302 SGB V übermittelten Daten hinausgeht.

(2) Der jeweilige Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollständigkeit und die statistische Darstellung der von der

Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer übermittelten Daten sowie jeweils der Vergleichsgruppe enthalten.

(3) ¹Der Rückmeldebericht soll für die Empfängergruppe gut verständlich aufbereitet sein. ²Er soll Verläufe und Entwicklungen im betroffenen Verfahren sowohl bezogen auf die jeweilige Leistungserbringerin oder den jeweiligen Leistungserbringer als auch bezogen auf die Vergleichsgruppe ermöglichen.

(4) Der Rückmeldebericht enthält keine Bewertung, worauf ausdrücklich hinzuweisen ist.

(5) Der Rückmeldebericht ist der Empfängergruppe unverzüglich nach dem jeweiligen Ende der Abgabefrist der Daten zu übermitteln.

§ 19

Qualitätssicherungsergebnisberichte an die Institution nach § 137a SGB V

(1) ¹Die LAG übermittelt der Institution nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. ²Der Zeitpunkt der Abgabe wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

(2) ¹Die Qualitätssicherungsergebnisberichte sind in einem einheitlichen Berichtsformat, welches themenspezifisch festgelegt wird, zu erstellen. ²Die Spezifikation zur Form des Berichtsformates wird von der Institution nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen erstellt.

(3) Im Rahmen des einheitlichen Berichtsformats ist sicherzustellen, dass die Qualitätssicherungsergebnisberichte folgende Aspekte beinhalten:

1. eine qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse,
2. die Art, Häufigkeit und Ergebnisse der durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen,
4. Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen und
5. Angaben zur Dokumentationsqualität.

(4) Die Verpflichtung nach Absatz 1 bis 3 gilt auch für andere Organisationen auf Bundes- oder Landesebene, die mit der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dieser Richtlinie beauftragt sind.

§ 20

Bundesqualitätsbericht an den G-BA

¹Die Institution nach § 137a SGB V erstellt jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. ²In dem Bericht fasst sie die Ergebnisse der Bundesauswertung und die eigenen sowie die durch die Qualitätssicherungsergebnisberichte übermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Maßgabe ihres Methodenpapiers zusammen. ³Dieser Bericht umfasst auch Angaben zur Datenvalidität sowie eine Evaluation des Verfahrens anhand dieser Ergebnisse z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens.

Abschnitt E: Ablösungsrecht

§ 21

Ablösung länderbezogener Verfahren

¹Erfüllt die LAG die ihr obliegenden Aufgaben einschließlich der Wahrnehmung der Organisationsverantwortung für von ihr in die Erfüllung ihrer Aufgaben einbezogene Stellen nicht, ist der G-BA berechtigt, nach fruchtlosem Ablauf einer mit schriftlicher Aufforderung zur ordnungsgemäßen Erfüllung der Aufgabe gesetzten, angemessenen Frist das von der mangelhaften Erfüllung betroffene länderbezogene Verfahren im Zuständigkeitsbereich der betroffenen LAG durch die Bundesstelle oder eine andere Stelle durchführen zu lassen. ²Die der bisher mit der Aufgabe betrauten Stelle oder Organisation für diese Aufgabe gewährte Vergütung ist zurückzufordern.

Abschnitt F: Finanzierung

§ 22

Finanzierung

(1) ¹Die Finanzierung von Bundesstellen erfolgt durch den G-BA. ²Dies ist vertraglich mit der jeweiligen Bundesstelle zu regeln.

(2) Die Finanzierung der LAG für die Durchführung der landesbezogenen Verfahren wird in einem Vertrag der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der KV, KZV und LKG geregelt.

(3) Für die Finanzierung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gelten die jeweiligen Gesetze und die jeweiligen vertraglichen Vereinbarungen.

Abschnitt G: Sonstiges

§ 23

Bindung der einbezogenen Organisationen

¹Sofern nach dieser Richtlinie Organisationen in die Erfüllung von Aufgaben einbezogen sind, die nicht bereits nach dem SGB V an die Vorgaben dieser Richtlinie gebunden sind, ist diese Bindung jeweils vertraglich von der jeweiligen Auftraggeberin oder dem jeweiligen Auftraggeber vorzunehmen. ²Ohne eine solche vertragliche Bindung ist eine Einbeziehung in die Erfüllung der Aufgaben durch diese Organisationen unzulässig.

§ 24

Information der Patientinnen und Patienten

¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten etwa anhand von Merkblättern in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des sie betreffenden Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. ²Dies umfasst eine Information über die zu erhebenden Daten, die erhebenden und verarbeitenden Stellen sowie die Verwendung der Daten und den weiteren Umgang mit ihnen. ³Patientinnen und Patienten erhalten auch Hinweise auf patientenrelevante Informationsquellen unter Berücksichtigung von Empfehlungen der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V.

§ 25

Information der Leistungserbringerinnen
und Leistungserbringer

¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind von der jeweils zuständigen Stelle nach § 17 Absatz 1 über das Qualitätssicherungsverfahren zu informieren und bei der Umsetzung zu beraten. ²Dies umfasst beispielsweise Informationen über die Auslösekriterien der Verfahren, d. h. wie zu erkennen ist, bei welcher Patientengruppe wann welche Daten zu erheben sind.

Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Anlage wird noch erarbeitet.“

II.

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

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. April 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Hess