

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2013ff.

Vom 20. März 2014

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. März 2014 beschlossen, die Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 18. Juli 2013 (BAnz AT 04.09.2013 B2), wie folgt zu ändern:

- I. Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden wie folgt geändert:
 1. § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1 Ziele des Qualitätsberichts

Die Ziele des Qualitätsberichts umfassen:

 - Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung im Krankenhaus,
 - Information, Orientierungs- und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, z.B. für Patienten und Patientinnen sowie Leistungserbringer insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
 - Schaffung einer Grundlage für vergleichende Informationen und Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sowie Versicherte über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus,
 - Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.“
 2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 wird nach den Wörtern „Bei einem“ die Angabe „Krankenhaus mit mehreren nach § 108 SGB V zugelassenen Standorten“ durch die Angabe „nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „in gleicher Weise“ das Komma sowie die Wörter „sofern in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist“ gestrichen.
 3. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1, erster Spiegelstrich wird nach der Angabe „§ 116b Abs. 4 Satz 4“ die Angabe „und 5“ gestrichen.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 4 hat der Bericht Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen an die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 136a Satz 2 SGB V hält; liegen diese Empfehlungen nicht vor oder hält sich das Krankenhaus nicht an sie, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden.“

4. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „Für das Berichtsjahr 2012 hat die Übermittlung in der Zeit vom 15. Januar bis zum 15. Februar 2014 zu erfolgen; ab“ durch das Wort „Ab“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Für das Berichtsjahr 2012 hat die Übermittlung in der Zeit vom 15. Januar bis zum 15. Februar 2014 zu erfolgen; ab“ durch das Wort „Ab“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 wird vor dem Wort „Unterausschuss“ das Wort „zuständige“ eingefügt und nach den Wörtern „wenn der“ die Wörter „ordnungsgemäß gelieferte“ gestrichen.
- d) In Absatz 3 Satz 2 wird vor dem Wort „Unterausschuss“ das Wort „zuständige“ eingefügt.
- e) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a angefügt:

„Für das Berichtsjahr 2012 besteht für berichtspflichtige Krankenhäuser die Option einer Anmeldung (Nachregistrierung) sowie einer Korrektur der Anmeldung zur Übermittlung der Qualitätsberichte in der Zeit vom 19. Mai 2014 bis 26. Mai 2014. Für berichtspflichtige Krankenhäuser besteht zudem die Option einer erstmaligen Übermittlung sowie die Möglichkeit einer Ersatzlieferung der von den Krankenhäusern zu liefernden Qualitätsberichten in der Zeit vom 23. Juni 2014 bis 4. Juli 2014. Für die mit der Durchführung der externen stationären Qualitätssicherung beauftragten Stellen besteht die Option, Berichtsteil C-1 in der Zeit vom 23. Juni 2014 bis 4. Juli 2014 zu übermitteln.“

5. § 7 wird wie folgt gefasst:

„§ 7 Ordnungsgemäße Lieferung

- (1) Der Qualitätsbericht gemäß § 2 Abs. 2 ist ordnungsgemäß geliefert, wenn der Bericht
 - fristgerecht und vollständig gemäß den Verfahren nach § 6 Abs. 1 und 2 übermittelt wurde und
 - die Überprüfung gemäß § 7 Abs. 2 erfolgreich verlaufen ist.
- (2) Die Annahmestelle überprüft, ob der Qualitätsbericht entsprechend den Vorgaben gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 geliefert wurde. Sofern der Qualitätsbericht den Vorgaben entspricht, bestätigt die Datenannahmestelle schriftlich die Annahme der Lieferung des Qualitätsberichts. Entspricht der Qualitätsbericht nicht den Vorgaben gemäß Anhang 1 zu Anlage 1, lehnt die Annahmestelle die Annahme ab und informiert unverzüglich schriftlich über die Mängel, welche die Ablehnung begründen.“

6. Nach § 7 wird folgender § 8 eingefügt:

„§ 8 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung

- (1) Der G-BA veröffentlicht ab dem Berichtsjahr 2013 jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 geliefert haben. Sofern dasselbe Krankenhaus erneut nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 liefert, ist vom Krankenhaus ein Qualitätssicherungsabschlag von 1 Euro und im Wiederholungsfall ein Qualitätssicherungsabschlag von 2 Euro pro vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres gemäß § 8 Abs. 4 KHEntgG i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorzunehmen. Der G-BA überprüft nach Ablauf von drei Jahren die Sanktionsregelungen.
- (2) Eine nicht ordnungsgemäße Lieferung gemäß § 7, die dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist, zieht keine Sanktion nach Abs. 1 nach sich. Das gilt ebenso für zulässig erfolgte Nachlieferungen oder Ersatzlieferungen gemäß § 6 Abs. 3.“
- (3) Der nach Abs. 1 ermittelte Abschlagsbetrag wird spätestens im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum verrechnet.“

7. Der bisherige § 8 wird § 9.

8. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Angabe „für das Berichtsjahr 2012 spätestens zum 31. März 2014 und ab dem Berichtsjahr 2013“ gestrichen.
- b) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Für die Nachlieferungen oder Ersatzlieferungen nach § 6 Abs. 3 legt der G-BA durch den zuständigen Unterausschuss die Fristen für die Datenannahme bei der Annahmestelle, die Bereitstellung gemäß § 6 Abs. 4 und 5 sowie die Veröffentlichung fest.“
- c) Der bisherige Absatz 1 Satz 2 wird Absatz 2.
- d) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Diese“ durch das Wort „Die“ ersetzt.
- e) Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 3.

II. Die Anlage 1 wird wie folgt geändert:

1. Im Teil „Allgemeine Ausfüllhinweise“, Ziffer 2. wird der Abschnitt nach der Überschrift „Format“ wie folgt gefasst:

„Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen. Der Vermerk „[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die separat von den nach QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt werden. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. Ab dem Berichtsjahr 2013 erfolgen Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres krankenhausesbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.“

2. Im Teil „Allgemeine Ausfüllhinweise“, Ziffer 2. wird im Unterabschnitt „Pflichtangaben versus freiwillige Angaben“ nach den Wörtern „Umsetzung der“ die Angabe „Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V“ durch die Angabe „Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ ersetzt.
3. In Teil A-1 wird im Ausfüllhinweis die Ziffer I. wie folgt neu gefasst:
„I. Angaben zum Krankenhaus
Diese Angaben beziehen sich auf das Krankenhaus und sind in jedem Qualitätsbericht zu machen.
 1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses; zusätzlich optional: Postanschrift
 2. Institutionskennzeichen
 - a. Institutionskennzeichen des Berichtsjahres
Hier ist das Institutionskennzeichen des Berichtsjahres anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.
 - b. Weitere relevante Institutionskennzeichen
Hier können weitere, z.B. aktuellere Institutionskennzeichen angegeben werden.
 3. Standortnummer
Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.
Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.
 4. Erreichbarkeit per Telefon, Fax
 5. E-Mail-Adresse
 6. Internet-Adresse
 7. Angaben zur Leitung des Krankenhauses: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit“
4. In Teil A-7 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].3“ durch die Angabe „B-[X].4“ ersetzt.
5. In Teil A-10 wird im Ausfüllhinweis in Abschnitt „Zählung der vollstationären Fälle“ nach der Angabe „(Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BpflV)“ die Angabe „und der Fußnote 4 zur Anlage „E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus“ zur BpflV“ eingefügt.
6. In Teil A-10 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].8“ durch die Angabe „B-[X].9“ ersetzt.
7. In Teil A-11.1 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].10.1“ durch die Angabe „B-[X].11.1“ ersetzt.
8. In Teil A-11.2 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].10.2“ durch die Angabe „B-[X].11.2“ ersetzt.
9. In Teil B-[X].1 wird im Ausfüllhinweis nach der Angabe „3. Internet-Adresse“ die Angabe „4. Hausanschrift
5. ggf. Adressen weiterer öffentlicher Zugänge“
eingefügt.

10. Nach Teil B-[X].1 wird folgender Teil B-[X].2 eingefügt:

„B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

	Angaben zu Zielvereinbarungen		Kommentar/ Erläuterung
Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V	Ja/ Nein/ Keine Vereinbarung geschlossen		
Falls „Nein“: Für folgende Leistungen wurden leistungs-bezogene Zielvereinbarungen getroffen	(OPS-Ziffer vierstellig)	(Allgemeinverständliche Übersetzung inkl. anatomisch/funktionaler Beschreibung)	

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle muss das Krankenhaus Angaben dazu machen, ob mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit/Fachabteilung Zielvereinbarungen entsprechend § 136a SGB V geschlossen wurden.

Wenn bei einer Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit/Fachabteilung von der Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V vom 24.04.2013 abgewichen wird, sind diese Leistungen mit dem vierstelligen OPS-Kode mit allgemeinverständlicher Übersetzung inkl. einer anatomisch/funktionalen Beschreibung hier anzugeben. Wichtig ist vor allem die Angabe von Operationen/Eingriffen oder Leistungen, für die finanzielle Anreize vereinbart wurden, da diese die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen beeinflussen können.

Zu jeder leistungsbezogenen Zielvereinbarung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.“

11. Die bisherigen Teile B-[X].2 bis B-[X].10 werden die Teile B-[X].3 bis B-[X].11.
12. In Teil B-[X].3 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].2“ durch die Angabe „B-[X].3“ ersetzt.
13. In Teil B-[X].4 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].3“ durch die Angabe „B-[X].4“ ersetzt.
14. In Teil B-[X].6 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].4“ durch die Angabe „B-[X].5“ ersetzt.
15. In Teil B-[X].8 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].8“ durch die Angabe „B-[X].9“ und die Angabe „B-[X].2“ durch die Angabe „B-[X].3“ ersetzt.
16. In Teil B-[X].9 wird im Ausfüllhinweis die Angabe „B-[X].7“ durch die Angabe „B-[X].8“ ersetzt.
17. In Teil B-[X].11.1 werden in der Tabelle die Wörter „Anzahl je Fall“ durch die Wörter „Fälle je Vollkraft bzw. Person“, im Ausfüllhinweis vor den Wörtern „ist das Verhältnis“ die Wörter „Anzahl je Fall“ durch die Wörter „Fälle je Vollkraft bzw. Person“ und die Angabe „B-[X].4“ durch die Angabe „B-[X].5“ ersetzt.

18. In Teil B-[X].11.2 werden in der Tabelle die Wörter „Anzahl je Fall“ durch die Wörter „Fälle je Vollkraft bzw. Person“, im Ausfüllhinweis vor den Wörtern „ist das Verhältnis“ die Wörter „Anzahl je Fall“ durch die Wörter „Fälle je Vollkraft bzw. Person“ und die Angabe „B-[X].4“ durch die Angabe „B-[X].5“ ersetzt.
19. In Teil B-[X].11.3 werden in der Tabelle die Wörter „Anzahl je Fall“ durch die Wörter „Fälle je Vollkraft“, im Ausfüllhinweis vor den Wörtern „ist das Verhältnis“ die Wörter „Anzahl je Fall“ durch die Wörter „Fälle je Vollkraft“ und die Angabe „B-[X].4“ durch die Angabe „B-[X].5“ ersetzt.
20. Teil C-1 wird wie folgt gefasst:
- „C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- Ausfüllhinweis:
- Die Übermittlung der Angaben zu C-1.1.[Y] und der Angaben zu C-1.2.[Z] für die Qualitätsindikatoren des Anhangs 3 erfolgt direkt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. In diesem Zusammenhang ist auch die Zuordnung der Auswertungen von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zu Institutionskennzeichen und Standortnummer(n) des Krankenhauses vorzunehmen, um eine eindeutige Zusammenführung der Berichtsteile zu ermöglichen.
- Ab dem Berichtsjahr 2013 erfolgen Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln gemäß § 6 Abs. 2 dieser Qb-R in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.“
21. In Teil C-1.1.[Y] werden in der Tabelle an die Wörter „Gynäkologische Operationen“ die Wörter „(ohne Hysterektomien)“ angefügt.
22. In Teil C-1.1.[Y] werden im Ausfüllhinweis die Sätze
- „Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche „isolierte Aortenklappenchirurgie“, „kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ und „isolierte Koronarchirurgie“ ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben. Gleiches gilt für die beiden Leistungsbereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“.
- durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche „isolierte Aortenklappenchirurgie“, „kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ und „isolierte Koronarchirurgie“ ist nur die Dokumentationsrate des Leistungsbereichs „HCH“ und keine Fallzahl anzugeben. Entsprechendes gilt für die beiden Leistungsbereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“. Hier ist nur die Dokumentationsrate des Leistungsbereichs „PNTX“ anzugeben.“
23. In Teil C-1.1.[Y] werden im Ausfüllhinweis, fünfter Spiegelstrich nach dem Wort „Standorte“ das Wort „ist“ durch das Wort „kann“ ersetzt und nach dem Wort „Leistungsbereich“ das Wort „anzugeben“ durch die Wörter „angegeben werden“ ersetzt.
24. Teil C-1.2.[Z] wird wie folgt gefasst:

„C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für:.....(z. B. Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/Organisationseinheit)

[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]

Qualitätsindikator				Bundesergebnis			Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses				Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		Kommentar/ Erläuterung	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Leistungs- bereich	Qualitäts- indikator	Indikator mit Bezug zu Infektio- nen im Kranken- haus	Empi- risch- statis- tische Bewer- tung*	Bundes- durch- schnitt	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrau- ens- bereich (bundesw- eit)	Zähler/ Nenner	Ergebnis (Einheit)	Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	Vertrau- ens- bereich (Kranken- haus)	Ergebnis im Berichts- jahr	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	der auf Bundes- bzw. Landes- ebene beauf- tragten Stellen	des Kranken- hauses

*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de

Ausfüllhinweis:

Die im Folgenden beschriebene Darstellung der Qualitätsindikatoren und ihrer Ergebnisse bezieht sich ausschließlich auf diejenigen Leistungsbereiche, die vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wurden.

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt gemäß Anhang 1. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- In der Spalte 1 „Leistungsbereich“ ist die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen
- In der Spalte 2 „Qualitätsindikator“ ist die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

- In der Spalte 3 „Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus“ sind alle zum Berichtsjahr verfügbaren Indikatoren mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus aus Spalte 2 als solche mit „X“ zu kennzeichnen.
- In der Spalte 4 „Empirisch-statistische Bewertung“ ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ der Institution nach § 137a SGB V vom 18. März 2013 (siehe Anlage 1, Spalte „Statistische Einstufung (Empirie)“ im Bericht unter www.sgg.de) einzutragen.
- In der Spalte 5 „Bundesdurchschnitt“ ist der Bundesdurchschnittswert dieses Qualitätsindikators anzugeben.
- In der Spalte 6 „Referenzbereich“ ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator, ggf. unter Angabe der Einheit, einzutragen. Wurde auf Bundesebene kein Referenzbereich festgelegt, ist „nicht festgelegt“ einzutragen.
- In der Spalte 7 (Vertrauensbereich bundesweit) ist das bundesweite Ergebnis für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen.
- In der Spalte 8 „Zähler/Nenner“ ist das Ergebnis des Krankenhauses als Zähler und Nenner einzutragen.
- In der Spalte 9 „Ergebnis (Einheit)“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator einzutragen. Sofern in Spalte 8 die Anforderungen zum Datenschutz zu erfüllen sind, ist auch hier „<4“ anzugeben.
- In der Spalte 10 (Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr) ist anzugeben, ob sich das Ergebnis statistisch signifikant gegenüber dem Ergebnis des vorherigen Berichtsjahres "verbessert" oder "verschlechtert" hat, ob es "unverändert" oder "eingeschränkt/nicht vergleichbar" ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der jeweiligen Ergebnisse nicht überschneiden. Zur Berechnung der Vertrauensbereiche sind die Rechenregeln der externen stationären Qualitätssicherung zu verwenden. Sofern dort keine Festlegung erfolgt ist, sind für den Qualitätsbericht die Vertrauensbereiche bis auf zwei Nachkommastellen genau auszuweisen.

Das Ergebnis ist „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren“ (dort im Anhang "Historie der Qualitätsindikatoren") unter www.sgg.de als "eingeschränkt vergleichbar" mit dem Vorjahr eingestuft ist.
- In der Spalte 11 „Vertrauensbereich“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen. Sofern in Spalte 8 die Anforderungen zum Datenschutz zu erfüllen sind, ist auch hier „<4“ anzugeben.

- In der Spalte 12 „Ergebnis im Berichtsjahr“ ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Buchstaben-Zahlenkombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Ziffer der Begründung einzutragen, z. B. U31:

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturiertem Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- In der Spalte 13 „Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“ ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist.

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL							
Kategorien	N	R	H	U	A	D	S
N	eingeschränkt/ nicht vergleichbar						
R	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
H	eingeschränkt/ nicht vergleichbar						
U	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
A	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
D	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
S	eingeschränkt/ nicht vergleichbar						
Lesebeispiel:							
Wenn eine auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle das Indikatorergebnis eines Krankenhauses wegen fehlerhafter Dokumentation im Vorjahr als „D“ einstuft und im Berichtsjahr wegen qualitativer Auffälligkeiten als „A“, dann ist die Bewertung dieses							

Qualitätsindikatoren „eingeschränkt/nicht vergleichbar“.

- In der Spalte 14 „Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“ ist die über die Bewertung in Spalte 12 hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen, soweit ein Strukturiertes Dialog durchgeführt wurde und eine solche Bewertung vorliegt.
- In der Spalte 15 „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“ können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden. An dieser Stelle kann auch zum Vergleich der Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator dargestellt werden oder können Hinweise auf weiterführende Informationen an anderer Stelle, z. B. Links auf die eigene Homepage, aufgenommen werden.

Aus methodischen Gründen sind nicht in jedem Fall Daten für alle Qualitätsindikatoren unter C-1.2 für die Spalten 8 bis 11 vorhanden.

Wenn bei einem bestimmten Qualitätsindikator eines Leistungsbereichs, der vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wird, keine Fälle vorliegen, entfallen die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich. Bsp.: Hat ein Krankenhaus im Leistungsbereich Geburtshilfe keine Fälle mit Frühgeburten, kann für das Krankenhaus beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen“ auch kein Ergebnis vorliegen.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL zu unterscheiden:

1. Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus eine Auswertung je Qualitätsindikator übermittelt, die anzugeben ist.
2. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Auswertungen der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
3. Übergangsregelung für die Berichtsjahre 2012 und 2013: Liegt für die Berichtsjahre 2012 und 2013 für mehrere Krankenhausstandorte nur eine gemeinsame Auswertung der Qualitätsindikatoren vor, ist diese in jedem Qualitätsbericht der betroffenen Standorte anzugeben und als solche im Feld „Kommentar/Erläuterung“ auszuweisen.
4. Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Auswertungen je Qualitätsindikator vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), kann C-1.2.[Z] mehrfach angegeben werden. Für [Z] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. In der Überschrift ist dabei jeweils kenntlich zu machen, auf welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Auswertung bezieht.

5. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, können im Gesamtbericht die Ergebnisse einer aggregierten Datenauswertung durch die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen angegeben werden. Andernfalls werden die Auswertungen der einzelnen Standorte aufgeführt.

Ausfüllhinweis:

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL berücksichtigt:

- inwieweit Qualitätsindikatoren verpflichtend veröffentlicht werden müssen (vgl. Tabellen A, B und C des Anhang 3 zu Anlage 1)
- inwieweit die Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt (I.) bzw. noch nicht vorliegt (II.)

Für die Veröffentlichung gilt deshalb Folgendes:

Qualitätsindikator				Bundesergebnis			Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses				Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		Kommentar/ Erläuterung	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Leistungs- bereich	Qualitäts- indikator	Indikator mit Bezug zu Infektio- nen im Kranken- haus	Empi- risch- statis- tische Bewer- tung*	Bundes- durch- schnitt	Referenz- bereich	Vertrau- ens- bereich	Zähler/ Nenner	Ergebnis (Einheit)	Entwick- lung Ergebnis zum vorheri- gen Berichts- jahr	Vertrau- ens- bereich	Ergebnis im Berichts- jahr	Vergleich zum vorherigen Berichts-jahr	der auf Bundes- bzw. Landes- ebene beauftrag- ten Stellen	des Kranken- hauses
I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.														
Qualitäts- indikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (Tabelle A)	Inhalt ergibt sich aus Qualitäts- indikator und wird automa- tisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Verpflich- tend.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Inhalt ist bundesweit vorgegeben und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.			Verpflichtend.				Verpflichtend.		Verpflich- tend. soweit vorhanden.	Freiwillig e Ergänz- ung.

<p>Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren</p> <p>(Tabelle B)</p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Veröffentlichung empfohlen.</p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben. Inhalt ist bundesweit vorgegeben und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben.</p>	<p>Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben.</p>	<p>Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben</p>	<p>Freiwillige Ergänzung.</p>
<p>Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (Tabelle C)</p>	<p>Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle.</p>							
<p>*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de</p>								
<p>II. Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ist ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.</p>								
<p>Tabelle A</p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Verpflichtend</p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Keine Übermittlung, ist bundesweit vorgegeben</p>	<p>Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung.</p>			<p>Freiwillige Ergänzung.</p>

Tabelle B	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Veröffentlichung empfohlen.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Keine Übermittlung, ist bundesweit vorgegeben.	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung.	Freiwillige Ergänzung.
Tabelle C	Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle.					
*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 18. März 2013, siehe www.sgg.de						

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3“

25. Teil C-5 wird wie folgt gefasst:

„C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
Lebertransplantation	20			
Nierentransplantation	25			
Knie-TEP	(ausgesetzt)			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10			
Koronarchirurgische Eingriffe	-			
Stammzelltransplantation	25			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250 g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14			

Ausfüllhinweis:

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen (nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist.

Spalte 1: Der Leistungsbereich entsprechend den Mindestmengenregelungen ist für das Berichtsjahr vorgegeben.

Spalte 2: Die Mindestmenge pro Krankenhaus entsprechend den im Berichtsjahr gültigen Mindestmengenregelungen ist vorgegeben.

Spalte 3: Hier gibt das Krankenhaus die im Berichtsjahr erbrachte Anzahl an mindestmengenrelevanten Prozeduren pro Leistungsbereich an.

Spalte 4: Hier macht das Krankenhaus Angaben zu in Anspruch genommenen Ausnahmeregelungen. Die Ausnahmetatbestände sind aus der Auswahlliste in Anhang 2 (Auswahllisten) auszuwählen.

Spalte 5: In der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ soll angegeben werden, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird (Zeichenbegrenzung: 500 Zeichen einschließlich Leerzeichen).“

26. In Teil C-6 wird im Ausfüllhinweis vor den Wörtern „Wenn Angaben“ der Satz „Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-11.“ eingefügt.

27. Teil C-7 wird wie folgt gefasst:

„C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

		Anzahl
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)Personen
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegtPersonen
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht habenPersonen

* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V darzustellen. Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-11.

Gemäß § 2 Satz 1 der FKH-R müssen fortbildungsverpflichtete Personen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern bzw. der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Alle fortbildungsverpflichteten Personen, deren fachärztliche Anerkennung bzw. psychotherapeutische Approbation mindestens fünf Jahre zurückliegt, haben den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht zu erbringen.“

III. Der Anhang 1 zu Anlage 1 Qb-R (Datensatzbeschreibung) wird bis zum Beschluss einer überarbeiteten Datensatzbeschreibung vorübergehend aufgehoben.

IV. Der Anhang 2 zu Anlage 1 Qb-R (Auswahllisten) wird wie folgt geändert:

1. In der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-X.3) wird die Angabe „B-X.3“ durch die Angabe „B-[X].4“ ersetzt.
2. In der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2) wird bei der Schlüsselnummer HB12 das Wort „Laboratoriumsassistent“ durch das Wort „Laboratoriumsassistent“ ersetzt.
3. In der Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (B-[X].2) und (B-[X].7) wird die Angabe „(B-[X].2) und (B-[X].7)“ durch die Angabe „(B-[X].3 und B-[X].8)“ ersetzt.

4. In den Auswahllisten „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ (B-[X].7) und „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (B-[X].7) wird die Angabe „B-[X].7“ durch die Angabe „B-[X].8“ ersetzt.
5. In der Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].10.1) wird die Angabe „B-[X].10.1“ durch die Angabe „B-[X].11.1“ ersetzt.
6. In der Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].10.2) wird die Angabe „B-[X].10.2“ durch die Angabe „B-[X].11.2“ ersetzt.
7. In der Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2)“ wird in der Tabelle unter der Zeile „MRSA“ die Zeile

„Bayern	Schlaganfall“
---------	---------------

eingefügt und in der Tabelle die Zeile „Pflegerische Dekubitusprophylaxe: ganzjährige Erhebung“ gelöscht.

8. In der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung – Ausnahmetatbestände“ (C-5) wird in der Überschrift das Wort „Mindestmengenvereinbarung“ durch das Wort „Mindestmengenregelungen“ ersetzt.
9. Die Tabelle in der Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (C-6) wird wie folgt geändert:
 - a) In der Kopfzeile werden die Wörter „Vereinbarung bzw. Richtlinie“ durch das Wort „Beschluss“ ersetzt.
 - b) In der Zeile „CQ01“ werden die Wörter „Richtlinie über“ gestrichen.
 - c) In den Zeilen „CQ02“ bis einschließlich „CQ07“ werden die Wörter „Vereinbarung über“ gestrichen.
 - d) Nach der Zeile „CQ19“ werden die folgenden Zeilen angefügt:

„CQ20	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom“

- V. In der Anlage 2 Qb-R (Annahmestelle und Datenlieferverfahren) wird die Tabelle „Datenlieferverfahren“ wie folgt geändert:

1. In der Zeile „2.“ werden in Satz 1 nach dem Wort „Anmeldeverfahren“ die Angabe „16 Wochen“ durch die Angabe „18 Wochen“ und nach dem Wort „endet“ die Angabe „10 Wochen“ durch die Angabe „12 Wochen“ ersetzt.
2. In der Zeile „3.“ wird der erste Spiegelstrich durch die folgenden beiden Spiegelstriche ersetzt:

„- Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation:

Dabei muss es sich um das Institutionskennzeichen (IK) und die Standortnummer handeln, die für das Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurden. Nimmt ein Krankenhaus nicht am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teil, werden das im Berichtsjahr gültige IK und die

Standortnummer angegeben. Diese Angabe muss der Angabe aus Berichtsteil A-1, I.2 entsprechen.

- Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden:

Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben.“

3. Die Zeile „4.“ wird gestrichen.
4. Die bisherige Zeile „5.“ wird Zeile „4.“
5. Nach der Zeile „4.“ werden die folgenden beiden Zeilen eingefügt:

„5 .	<p>Nach Ablauf der Anmeldefrist deaktiviert die Annahmestelle das Anmeldeformular für Krankenhäuser, erstellt eine Liste aller angemeldeten Einrichtungen und übermittelt diese den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen zum Abgleich. Bei Abweichungen zwischen den bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen und der Annahmestelle vorliegenden Institutions- und Standortnummern erhalten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre Daten zu korrigieren. Hierzu informiert die Annahmestelle die betroffenen Krankenhäuser und aktiviert das Anmeldeformular. Nach Abschluss dieser maximal zweiwöchigen Prüf- und Korrekturphase werden die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess des jeweiligen Berichtsjahres fixiert und die Annahmestelle übermittelt den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen die abschließende Liste.</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht an Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teilnehmen, entspricht der Anmeldezeitraum dem Übermittlungszeitraum und es findet keine Prüf- und Korrekturphase statt.</p>
6.	<p>Nach Abschluss der Korrekturphase bestätigt die Annahmestelle dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten.“</p>

6. Die bisherige Zeile „6.“ wird die Zeile „7.“
7. In der Zeile „7.“ werden das Wort „Damit“ durch die Wörter „Unabhängig davon“ und das Wort „krankenhauseigenen“ durch das Wort „krankenhausbezogenen“ ersetzt.
8. Die bisherigen Zeilen „7.“ bis „8.“ werden die Zeilen „8.“ bis 9.“.
9. In der Zeile „9.“ wird der erste Satz „Es erfolgt eine Prüfung der Dateien auf ihre formale Korrektheit:“ gestrichen.
10. Die bisherigen Zeilen „9.“ bis „10.“ werden die Zeilen „10.“ bis „11.“.
11. In der Zeile „11.“ werden vor dem Wort „Bericht“ die Wörter „formal korrekter“ gestrichen.
12. Die bisherigen Zeilen „11.“ bis „12.“ werden die Zeilen „12.“ bis „13.“.
13. In der Zeile „13.“ wird die Angabe „bis 10 Wochen“ durch die Angabe „bis 12 Wochen“ ersetzt.
14. Die bisherige Zeile „13.“ wird die Zeile „14.“.

15. In der Zeile „14.“ wird der erste Satz „Die Annahmestelle prüft die Dateien auf ihre formale Korrektheit:“ gestrichen.

16. Die bisherige Zeile „14.“ wird die Zeile „15.“.

VI. Die Änderung der Regelungen tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Änderung der Regelungen zu § 6 Absatz 3a tritt am 5. Juli 2014 außer Kraft.

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

Berlin, den 20. März 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken