

# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderungen in Teil 1 zum Erfassungsjahr 2021 bzw. 2022

Vom 16. September 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. September 2021 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), zuletzt geändert am TT. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX), wie folgt zu ändern:

I. Teil 1: Rahmenbestimmungen wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Absatz 2 Satz 1 Nummer 12 wird die Angabe „Absatz 2“ gestrichen.
2. § 16 wird wie folgt gefasst:

„§ 16 Datenvalidierung

(1) Die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen übermittelten Daten sind von der Bundesauswertungsstelle und den LAGen sowie gegebenenfalls unter Beteiligung der Datenannahmestellen auf ihre Validität durch jeweils geeignete Verfahren zu prüfen (Datenvalidierungsverfahren).

(2) Spezifische oder abweichende Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren können in den themenspezifischen Bestimmungen und in Beschlüssen zu Kriterien gemäß Absatz 6 erfolgen.

(3) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Krankenkassen sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen. Bei Auffälligkeiten haben sie an der Aufklärung und Beseitigung deren Ursachen mitzuwirken. Soweit dies nicht erfolgt, kommt für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer § 17 entsprechend zur Anwendung. Krankenkassen, die ihrer Pflicht zur Datenübermittlung, bezogen auf das vom Institut nach § 137a SGB V festgelegte gesamte Verfahrensjahr, nicht nachkommen, wird die Gelegenheit zur Stellungnahme gegenüber der Bundesstelle gegeben. Über eine nicht erfolgte, unvollständige oder nicht vollzählige Übermittlung der Krankenkassendaten, bezogen auf das vom IQTIG festgelegte gesamte Verfahrensjahr, ist der G-BA umgehend vom Institut nach § 137a SGB V zusammen mit einer fachlichen Bewertung der Auswirkungen auf das QS-Verfahren zu informieren. Der G-BA bewertet auf dieser Basis die Auswirkungen auf das QS-Verfahren und entscheidet über das weitere Vorgehen und die zu veranlassenden Schritte.

(4) Validiert werden die übermittelten fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentationsdaten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und die übermittelten Sozialdaten der Krankenkassen. Die Datenvalidierung findet:

- a) bei Krankenhäusern standortbezogen sowie standortübergreifend für die Ergebnisdarstellung der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit
- b) bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten auf Grundlage der Betriebsstättennummer (BSNR)
- c) bei Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten auf Grundlage der Abrechnungsnummer
- d) bei Krankenkassen auf Grundlage der IK-Nummer der Krankenkassen

statt.

(5) Die Krankenkassen bestätigen gegenüber der Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 8 und der Bundesauswertungsstelle, dass die nach Vorgabe dieser Richtlinie und der themenspezifischen Bestimmungen erforderlichen Daten übermittelt worden sind. Um der Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 8 und der Bundesauswertungsstelle die Überprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten zu ermöglichen, erstellen die Krankenkassen eine Aufstellung, aus der die Zahl der übermittelten Datensätze hervorgeht. Die Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form an die Datenannahmestelle und die Bundesauswertungsstelle übermittelt. Die Bestätigung und die Aufstellung sind von einer vertretungsberechtigten Person der Krankenkasse zu unterzeichnen. Die Übermittlung erfolgt mindestens einmal jährlich.

(6) Das Datenvalidierungsverfahren umfasst eine statistische Basisprüfung der übermittelten Daten der Krankenhäuser, der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und Krankenkassen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität. Die statistische Basisprüfung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und bis zum 31. Januar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen werden. Die Auffälligkeitskriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. Die statistische Basisprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Prüfkriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und einmalig durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen werden. Wesentliche Änderungen der Prüfkriterien sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung zu beschließen. Die Prüfkriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. Die statistische Basisprüfung wird wie folgt durchgeführt. Die Bundesauswertungsstelle führt die Berechnung der festgelegten Kriterien auf Basis der durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer und die Krankenkassen übermittelten Daten zur Qualitätssicherung durch. Bestehen keine

Auffälligkeiten, ist die statistische Basisprüfung an dieser Stelle abgeschlossen. Ist eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach Durchführung der statistischen Basisprüfung rechnerisch auffällig bzw. werden Dokumentationsmängel festgestellt, so sind die Regelungen zum Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 anzuwenden. Bei Auffälligkeiten insbesondere zur Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität in den von den Krankenkassen übermittelten Daten erfolgt unverzüglich eine detaillierte Information und Darstellung der konkreten Auffälligkeiten durch die Bundesauswertungsstelle gegenüber der Krankenkasse, so dass eine Korrektur oder Nachlieferung seitens der Krankenkasse bis zum in der themenspezifischen Bestimmung festgelegten, nächsten, spätestens übernächsten Lieferzeitraum nach Mitteilung der Auffälligkeit an die Krankenkasse erfolgen kann. Sofern sich die Korrektur von Auffälligkeiten auf die letzte Datenlieferung für ein Erfassungsjahr bezieht, erfolgt eine Korrektur oder Nachlieferung schnellstmöglich aber spätestens bis zum Ablauf von drei Monaten nach Mitteilung der Auffälligkeit an die Krankenkasse. Die Bundesauswertungsstelle übermittelt die Information mit der Darstellung der konkreten Auffälligkeiten an die DAS KK, welche diese unverzüglich an die jeweilige Krankenkasse weiterleitet. Werden im Rahmen der statistischen Basisprüfung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gehäuft fehlerhafte Dokumentationen in Bezug auf die Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität zu einzelnen Datenfeldern festgestellt, sind diese Datenfelder durch das Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Expertengremien jährlich auf ihre Verständlichkeit hin zu prüfen und gegebenenfalls die Spezifikation dieser Datenfelder anzupassen. Hierbei sollten insbesondere die Auslösefilter, Ausfüllhinweise und Plausibilisierungen von Datenfeldern überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

(7) Für Qualitätssicherungsverfahren mit der Erfassung von Datensätzen zur fallübergreifenden Erfassung von spezifischen Daten für die Risikoadjustierung (Risikostatistik) findet jährlich eine Prüfung dieses Datensatzes statt. Diese umfasst eine Prüfung auf Vollzähligkeit, Plausibilität und Vollständigkeit.

(8) [Unbesetzt]

(9) Der G-BA wird zeitnah weitere Regelungen und Methoden der Datenvalidierung festlegen.“

3. § 18 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Der jeweilige“ durch das Wort „Jeder“ ersetzt und nach dem Wort „Vollständigkeit“ die Wörter „und Plausibilität“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Darüber hinaus enthält der jährliche Rückmeldebericht Informationen zur Vollzähligkeit der übermittelten Daten.“

II. Teil 1: Rahmenbestimmungen wird wie folgt geändert:

1. In § 5 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Verbände“ durch das Wort „Landesverbände“ ersetzt.

2. In § 14a Absatz 3 Satz 5 wird die Angabe „15. Juni“ durch die Angabe „31. Mai“ ersetzt.
  3. In § 17 Absatz 2 Satz 7 werden nach dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „über bereits im Rückmeldebericht übermittelte Indikatorergebnisse und Daten hinausgehend“ eingefügt.
  4. In § 26 Absatz 5 wird das Wort „Themenspezifischen“ durch das Wort „themenspezifischen“ ersetzt.
- III. Die Änderung der Richtlinie gemäß Abschnitt I tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Änderung der Richtlinie gemäß Abschnitt II tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

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

Berlin, den 16. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken