Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis

Vom 19. Dezember 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2024 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. Dem Teil 2 der Richtlinie wird folgendes Verfahren 20 angefügt:

„**Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)**

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die Diagnostik und Therapie im stationären Sektor bei volljährigen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Die einbezogenen Fälle werden nachfolgend als „Indexfälle“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Diagnostik und Therapie der Sepsis“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS Sepsis“ genannt.

(3) Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

a) Einstufung des Sepsisrisikos
b) Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik
c) Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis
d) Antiinfektive Therapie der Sepsis
e) Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
f) Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis
g) Neu aufgetretenen Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit sowie Überleben der Patientinnen und Patienten

messen, vergleichend darstellen und soweit es sich um Qualitätsindikatoren handelt bewerten. Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in Anlage I aufgeführt. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

a) Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität und Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
b) Verbesserung des Erkennens mittels Screening und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

c) Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
d) Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
e) Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen.

Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär behandelten Indexfälle.

(2) Nicht berücksichtigt werden in diesem Verfahren Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und Sepsispatienten behandeln, sowie palliativ versorgte Patientinnen und Patienten mit Sepsis.

(3) Es werden auch Indikatoren und Kennzahlen verwendet, die assoziierte Folgeereignisse oder -zustände („Follow-Up“) erfassen. Dies sind im Einzelnen die Pflegebedürftigkeit nach Sepsis, neu aufgetretene Morbiditäten sowie die Sterblichkeit.

(4) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus, auf die sich der Indexfall bezieht.

(6) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Zum 30. Juni 2031 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2032 außer Kraft zu setzen ist.

(7) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexfällen in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einbezogen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer teilweise nur geringe Fallzahlen aufweisen und die durch den Follow-up-Indikator und die Follow-up-Kennzahlen erfassten Ereignisse sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Folgeereignisse für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexfall ausgelöst wurde, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstabe X, Y und Z festgelegt. Die Daten gemäß Anlage II Buchstaben X und Y beinhalten patientenidentifizierenden Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2026. Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. Die fallbezogene Spezifikation muss erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen. Die Spezifikationen werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie verarbeitet. Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 3 Satz 4 der Richtlinie gilt, dass die einrichtungsbezogenen QS-Daten gemäß Anlage II Tabelle Z direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch fallbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für Krankenhäuser.

Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

a) Auswertungen zu Indikatoren aus fallbezogener QS-Dokumentation des Vorjahres

b) Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vorjahres

c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, bei denen mindestens ein maßgeblicher Indexfall nach § 1 Absatz 1 Satz 2 aufgetreten ist. Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

a) die Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) Auswertung der Indikatoren im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation

d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und –kennzahlen für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
   - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
   - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
   - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

g) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen

h) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators oder der jeweiligen Kennzahl nicht erreicht wird

i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II Buchstabe X und Y und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie

(1) Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und –kennzahlen für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
   - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
   - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
   - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) die Auswertungen der einzelnen Kennzahlen zu den Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation

f) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird

g) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des Krankenhauses berücksichtigt.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

(2) Ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 der Richtlinie ist in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II Tabelle Z nicht fristgerecht übermittelt wurden.

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung zu einem späteren Zeitpunkt fest.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen aus folgenden Vertreterinnen und Vertretern nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie:

a) drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser:
   - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
   - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung in Infektiologie oder Fortbildung(en) in „antibiotic stewardship“
   - Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker gemäß Abschnitt 3.1 der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2023, Seiten 322-351)

b) zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen:
   - Fachärztin oder -arzt aus einem operativen Fachgebiet oder
     Fachärztin oder –arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin.

Dabei sollte mindestens eine Ärztin oder ein Arzt aus einem operativen Fach und eine Ärztin oder ein Arzt aus einem nicht-operativen Fach vertreten sein. Ergänzend für die Beratungen kann eine Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie von der LAG benannt werden. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.

(2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die

Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie sind spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

(3) Die stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II Tabelle Z an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § Absatz 1 der Richtlinie. Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt werden. Dem schließt sich eine Korrekturfrist bis zum 15. März an. Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich bis zum 15. März und bei Korrekturbedarf bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter, sodass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle einrichtungsbezogenen Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie einschließlich der Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie für die einrichtungsbezogene Dokumentation ist von Krankenhäusern spätestens bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll), für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexfälle aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen.

(2) Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren

wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2028, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungs- und fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr und Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2025 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. Für das Erfassungsjahr 2026 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) Für die Erfassungsjahre 2026 bis 2028 wird für das Qualitätssicherungsverfahren QS Sepsis eine Übergangsregelung vorgesehen.

(2) Für den Zeitraum der Übergangsregelung gelten in Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der Richtlinie nicht. Werden im Zeitraum der Übergangsregelung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie empfohlen werden.

(3) Ergebnisse zu erhobenen Daten aus dem Erfassungsjahr 2026 werden nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht.

(4) Der Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung dient auch der Überprüfung auf Optimierungsbedarf nach Start des Verfahrens. Ergänzend zu § 2 Absatz 6 hat das Institut nach § 137a SGB V im Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung typische Fragestellungen bei der Einführung neuer Verfahren kritisch zu beobachten und den G-BA über festgestellte Auffälligkeiten mit Empfehlungen zur Überarbeitung des Verfahrens zu informieren.

Anlage I: Indikatorenliste (QS Sepsis)

[*unbesetzt*]

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

[*unbesetzt*]“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

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

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Berlin, den 19. Dezember 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger