

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der
Krankenhäuser:

Anpassung des Anhangs 1 und Ergänzung der Anhänge 3 und
4 zur Anlage für das Berichtsjahr 2021

Vom 16. Juni 2022

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
	2.1 Anhang 1 zur Anlage.....	2
	2.2 Anhang 3 zur Anlage.....	3
	2.3 Anhang 4 zur Anlage.....	3
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	6
4.	Verfahrensablauf.....	6
5.	Fazit.....	6

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und 136a Absatz 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit G-BA-Beschluss vom 16. Dezember 2021 über die Anpassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) „Änderung der §§ 13, 16 und 17, Ergänzung der Anlage und ihres Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2021 und Außerkraftsetzung der Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2018“ wurde eine Anlage „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2021“ in die Regelungen aufgenommen. Mit G-BA-Beschluss zu den Qb-R vom 21. April 2022 wurde ein Anhang 1 zur Anlage „Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2021“ ergänzt. Die mit den vorstehenden Beschlüssen vorgenommenen Änderungen werden in den jeweiligen Tragenden Gründen erläutert.

Mit vorliegendem Beschluss erfolgen nun Anpassungen am Anhang 1 zur Anlage „Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2021“ sowie die Einfügung eines Anhangs 3 zur Anlage „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021“ und eines Anhangs 4 zur Anlage „Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2021“.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben den für das Berichtsjahr 2021 erforderlichen redaktionellen Anpassungen in den Anhängen 3 und 4 zur Anlage der Qb-R werden folgende Änderungen vorgenommen:

2.1 Anhang 1 zur Anlage

Es erfolgen Anpassungen am vom G-BA am 21. April 2022 beschlossenen Anhang 1 zur Anlage „Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2021“, mit welcher die vom G-BA beschlossene Anlage „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2021“ umgesetzt wird. Die Korrekturen betreffen neben einem im Nachgang zur Beschlussfassung aufgefallenen kleineren Umsetzungsfehler auch Ergänzungen zur Übermittlung von Daten gemäß Kapitel C-1 der Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2021. Konkret wurde eine Liste der zu veröffentlichenden Verfahren der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) gemäß Tabelle D des Anhang 3 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2021 übernommen. Weiterhin wurde eine Liste der zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen gemäß Tabelle A des Anhang 3 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2021 aufgenommen. Die Übermittlung der Daten zu Kapitel C-1 erfolgt für die Verfahren gemäß DeQS-RL durch die DeQS-Datenannahmestellen. Die vorgenommenen Änderungen zu Kapitel C-1 betreffen daher nicht die Berichtsteile, die durch die Krankenhäuser zu erstellen und zu übermitteln sind.

2.2 Anhang 3 zur Anlage

Der Anhang 3 zur Anlage „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2021“ wird auf der Grundlage des vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) vorgelegten Berichts „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen zum Erfassungsjahr 2021“ vom 20. Mai 2022 beschlossen. Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es insgesamt 295 Qualitätsindikatoren und 112 Kennzahlen in den Qualitätssicherungsverfahren der DeQS-RL. Das IQTIG empfiehlt die Ergebnisse von 158 Indikatoren und 81 Kennzahlen (insgesamt 239 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung. Die Ergebnisse von 168 Indikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2021 werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, da die Indikatoren bzw. Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 das erste Mal angewendet werden (n = 14) oder erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n = 12) oder keine Auswertung für das Erfassungsjahr 2021 erfolgt (n = 142).

2.3 Anhang 4 zur Anlage

Anpassungen der Plausibilisierungsregeln mit der Prüfklasse „Pilot“

Regeln Nr. 66-71:

Nach erfolgreicher Pilotierung werden diese Regeln ab dem Berichtsjahr 2021 mit der Prüfklasse „hart“ versehen. Die Prüfklasse ist dann analog zu den Regeln zur Prüfung von Pflegepersonalangaben in Nr. 5 bis 12 sowie Nr. 25 bis 42 ausgestaltet.

Regeln Nr. 72, 73, 75, 76:

Die Regeln zu den Angaben zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (C-1-Teil) werden auf die Prüfklasse „hart“ gestellt. Diese Regeln plausibilisieren Angaben, welche in Abhängigkeit von in der Anlage der Qb-R definierten Vorbedingungen anzugeben oder nicht anzugeben sind. Dies betrifft dabei zwei relevante Ergebnisparameter des Kapitels C-1.2 – die qualitative Bewertung bei Qualitätsindikatoren sowie das rechnerische Ergebnis. Durch die Prüfklasse „hart“ kann für diese wichtigen Ergebnisparameter eine korrekte Darstellung sichergestellt werden. Eine Auswertung der Pilotierung der Regeln im ersten Anwendungsjahr (Berichtsjahr 2020) gibt zudem keine Hinweise auf technischen oder inhaltlichen Anpassungsbedarf bei diesen Regeln.

Regeln Nr. 74:

Die Anwendung der Regel im Berichtsjahr 2020 hat gezeigt, dass nicht bei allen QS-Ergebnissen beobachtete Ereignisse als Zähler vorliegen, so dass die Regel in Einzelfällen unbegründet einen Fehler gemeldet hat. Dabei geht es um QS-Ergebnisse, bei denen eine Relation zwischen erwartetem Ergebnis und Grundgesamtheit (E/N) als Risikoprofil dargestellt wird. Die Anpassung sieht daher vor, dass dieser Ergebnistyp von der Prüfung ausgenommen wird.

Regeln Nr. 77 und 78:

Für das Berichtsjahr 2020 wurden die Plausibilisierungsregeln Nr. 77 und 78 zu den Mindestmengenangaben gemäß Kapitel C-5 erstmalig aufgenommen, um insbesondere die Qualität der Daten in diesem Kapitel zu verbessern. Die Prüfklassen für beide Regeln werden angepasst.

Regel Nr. 77:

Die Auswertungen zum Berichtsjahr 2020 zeigen, dass über 99 % der anhand dieser Regel geprüften Qualitätsberichte gültig waren. Es liegen keine Hinweise für inhaltlichen oder technischen Anpassungsbedarf an dieser Plausibilisierungsregel vor. Die Prüfkategorie dieser Regel wird daher auf „hart“ angepasst.

Regel Nr. 78:

Die Auswertungen zum Berichtsjahr 2020 zeigen, dass alle anhand dieser Regel geprüften Qualitätsberichte gültig waren. Es liegen keine Hinweise auf inhaltlichen oder technischen Anpassungsbedarf an dieser Plausibilisierungsregel vor. Um in Zukunft sicherzustellen, dass alle Qualitätsberichte die in dieser Regel formulierten Bedingungen auch weiterhin erfüllen, wird die Prüfkategorie dieser Regel auf „hart“ angepasst.

Einführung neuer Regeln mit der Prüfkategorie „Pilot“:

Regeln Nr. 79-81:

Der G-BA wurde durch externe Datennutzende darauf hingewiesen, dass ein Abgleich der in den Qualitätsberichtsdaten angegebenen Fallzahlen und Hauptdiagnosen Unstimmigkeiten zeigen. Eine Überprüfung der Angaben in den relevanten Kapiteln durch den G-BA konnte bestätigen, dass in einigen Fällen Implausibilitäten existieren. Konkret zeigen sich diese bei folgenden Sachverhalten:

Regel Nr. 79: Abgleich der vollstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen:

Die vollstationäre Fallzahl des Standortes gemäß Kapitel A-10 muss der Summe der vollstationären Fallzahlen über alle Organisationseinheiten/Fachabteilungen (Kapitel B-[X].5) entsprechen. Diese Anforderung wird über die neue Regel Nr. 79 geprüft.

Regel Nr. 80: Abgleich der teilstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen:

Die teilstationäre Fallzahl des Standortes gemäß Kapitel A-10 muss der Summe der teilstationären Fallzahlen über alle Organisationseinheiten/Fachabteilungen (Kapitel B-[X].5) entsprechen. Diese Anforderung wird über die neue Regel Nr. 80 geprüft.

Regel Nr. 81: Abgleich der vollstationären Fallzahlen in B-Teilen mit Kontrollsumme zur Anzahl der Hauptdiagnosen aus B-Teil

Die Hauptdiagnose ist laut Deutschen Kodierrichtlinien definiert als *„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist“* (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2019, S. 4). Jedem im Krankenhaus vollstationär behandelten Fall muss eine der Hauptdiagnosen zugewiesen werden, die im Kapitel B-[X].6 mit Bezug zur Fachabteilung/Organisationseinheit des Krankenhauses dokumentiert werden. Dementsprechend muss für jede Fachabteilung/Organisationseinheit gelten, dass die Zahl der vollstationären Fälle (Kapitel B-[X].5) der Anzahl der vollstationären Hauptdiagnosen nach ICD-10-Kodierung (Kapitel B-[X].6) entspricht.

Die Analysen des G-BA weisen darauf hin, dass diese Anforderung derzeit in einigen Fällen nicht erfüllt wird. Um dies zu vermeiden, wurde eine neue Plausibilisierungsregel entwickelt, die prüft, ob die vollstationäre Fallzahl, die in einer Fachabteilung/Organisationseinheit dokumentiert wurde, näherungsweise der Anzahl der vollstationären Hauptdiagnosen nach ICD-Kodes in dieser Fachabteilung/Organisationseinheit entspricht.

Die vollstationären Hauptdiagnosen sind nach ICD-10 mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit im Kapitel B-[X].6 anzugeben. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Häufigkeiten < 4 in den Qualitätsberichten aus Gründen des Datenschutzes nicht dargestellt

werden, sondern mit dem Hinweis „Fallzahl Datenschutz“ veröffentlicht werden. Daher kann die oben genannte Prüfung nur auf Basis eines fachabteilungsspezifischen Korridors erfolgen. Dieser Korridor wird für jede Fachabteilung/Organisationseinheit folgendermaßen berechnet:

Hauptdiagnosen nach ICD für eine Fachabteilung/Organisationseinheit gemäß Kapitel B-[X].6

ICD-10 Hauptdiagnosen FAB/OE	Fallzahl in FAB/OE
K80.10	51
E04.2	46
K59.9	42
A04.70	Datenschutz
A05.8	Datenschutz
A09.0	Datenschutz

Untere Grenze für die Prüfung gegen die vollstationäre Fallzahl in Kapitel B-[X].5:

$$142 = 139 + (3 \cdot 1)$$

Obere Grenze für die Prüfung gegen die vollstationäre Fallzahl in Kapitel B-[X].5:

$$148 = 139 + (3 \cdot 3)$$

Die Regel prüft, ob die vollstationäre Fallzahl in Kapitel B-[X].5 innerhalb des fachabteilungsspezifischen Korridors liegt.

Regeln Nr. 82-83:

Die Regeln führen einen Abgleich der Dokumentationsraten im Kapitel C-1.1 mit den QS-Ergebnissen im Kapitel C-1.2 durch. Die Notwendigkeit dieser Überprüfung ergibt sich daraus, dass die DeQS-Richtlinie eine verfahrensbezogene Pseudonymisierung der Leistungserbringer im Verarbeitungsprozess vorsieht. Als Folge dieser Regelung haben die Datenannahmestellen unter § 8 Absatz 5 Qb-R die Aufgabe erhalten, pseudonymisierte und unpseudonymisierte Daten aus verschiedenen Datenquellen für die einzelnen Krankenhausstandorte jeweils in einer unpseudonymisierten Gesamtdatei für das Kapitel C-1 zusammenzuführen. Die Datenannahmestellen können die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Daten entsprechend der Zuständigkeiten in der DeQS-Richtlinie jedoch nicht selbst beurteilen. Die Überprüfung obliegt bisher daher nur den Krankenhäusern im Rahmen der Kontroll- und Kommentierungsphase der Qb-R.

Vor diesem Hintergrund sollen die neuen Regeln validieren, ob zu den einzelnen Leistungsbereichen bei vorliegenden Dokumentationen gemäß Kapitel C-1.1 auch korrespondierende QS-Ergebnisse gemäß Kapitel C-1.2 ausgewiesen wurden und umgekehrt. Maßgeblich für die Validierung ist, dass im Kapitel C-1.1 die korrekte Fallzahl des Auswertungsstandortes im Feld „Anzahl_Datensaetze_Standort“ ausgewiesen ist oder der Datenschutz greift („Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz“). Die Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß Kapitel C-1.1.3 der Anlage der Qb-R werden berücksichtigt, sofern eine sichere und eindeutige Zuordnung möglich ist.

Regel Nr. 82:

Diese Regel überprüft, ob bei Vorhandensein von Angaben zu einem Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 auch Angaben zu einem zugehörigen Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 vorliegen. Die Regel ist auch anwendbar, wenn im Kapitel C-1.1 des einzelnen Krankenhausstandortes anstelle konkreter Fallzahlen > 0 der Datenschutz ausgewiesen ist. Die Regel berücksichtigt außerdem, dass es zu einem Leistungsbereich gemäß Kapitel C-1.1 (bspw. Herzchirurgie) QS-Ergebnisse zu mehreren Auswertungsmodulen im Kapitel C-1.2 geben kann.

Regel Nr. 83:

Diese Regel überprüft in Umkehrung zu Regel 82, dass bei Vorhandensein von QS-Ergebnissen zu einem Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 auch Angaben zu dem zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 erwartet werden. Die Regel ist auch anwendbar, wenn im Kapitel C-1.1 des einzelnen Krankenhausstandortes anstelle konkreter Fallzahlen > 0 der Datenschutz ausgewiesen ist. Die Regel berücksichtigt außerdem, dass es zu einem Leistungsbereich gemäß Kapitel C-1.1 auch QS-Ergebnisse zu mehreren Auswertungsmodulen im Kapitel C-1.2 geben kann.

Alle neu entwickelten Regeln werden gemäß dem Standard-Vorgehen in der Prüfkategorie „Pilot“ aufgenommen, da diese Plausibilisierungsregeln im Berichtsjahr 2021 erstmals Anwendung finden.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 9. Februar 2022 begann die Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2022 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

Berlin, den 16. Juni 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken