

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Berichte ab dem Jahr 2013**

Vom 20. März 2014

### **Inhalt**

<b>1. Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1. Wesentliche Änderungen im Einzelnen</b> .....	<b>2</b>
<b>3. Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Verfahrensablauf</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Fazit</b> .....	<b>9</b>
<b>6. Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>9</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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 § 137 Abs. 1 und 1a SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nrn. 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

Bereits während der Erarbeitung der Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für das Berichtsjahr 2012 wurde in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterer inhaltlicher und redaktioneller Überarbeitungsbedarf der Regelungen festgestellt. Um den Zeitplan der Beschlussfassung für den 16. Mai 2013 nicht zu gefährden, wurden einige Änderungen zurückgestellt und für den Qualitätsbericht ab dem Jahr 2013 vorgesehen.

Ferner wurde mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz (KFRG), das am 9. April 2013 in Kraft trat, festgelegt, dass der strukturierte Qualitätsbericht eine Erklärung zu enthalten habe, 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. Bei Nichtvorliegen dieser Empfehlungen nach dem 30. April 2013 oder bei Nichteinhaltung durch das Krankenhaus habe es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden.

Darüber hinaus sind zahlreiche Änderungen insbesondere in Anlage 1 redaktioneller Art. Die meisten gehen angesichts des nun jährlichen Berichtsrhythmus auf das Bestreben des G-BA zurück, einen möglichst dynamischen Normtext zu formulieren, der – z.B. trotz erforderlicher Verweise auf externe, ebenfalls etwaigen Änderungen unterworfenen Regelungen – wenig anfällig für jeweiligen redaktionellen Anpassungsbedarf ist.

### 2.1. Wesentliche Änderungen im Einzelnen

#### Regelungsrumpf

Zu § 1

Die Änderung der Formulierung der Ziele des Qualitätsberichts ergibt sich in erster Linie aus der zusätzlichen Erwähnung gesetzlicher Vorgaben im § 137 Abs. 3 SGB V, die hier zitiert und deutlicher dargestellt werden.

Zu § 2

Die Formulierung für Krankenhäuser mit mehreren Standorten wurde gegenüber den Regelungen für das Berichtsjahr 2012 konkretisiert und an die entsprechende Formulierung in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) angepasst. Die Entscheidung, ob ein gemäß § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus dazu verpflichtet ist, neben einem Gesamtbericht auch Standortberichte zu erstellen und zu übermitteln, bestimmt sich danach, ob für das Krankenhaus der Versorgungsauftrag nach Standorten differenziert festgelegt ist.

Der Versorgungsauftrag bestimmt sich hierbei entsprechend § 8 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG):

- bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V
- bei einer Hochschulklinik aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des SGB V,
- bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 des SGB V.

Die Operationalisierung des Standortbegriffs erfolgt i.d.R. entsprechend dem Datenübermittlungsverfahren nach § 21 Abs. 2 Nr. 2b KHEntgG. Hier ist eine entsprechende Datenlieferung nach standortdifferenzierter Festlegung des Versorgungsauftrags und Zuordnung von Datensätzen zu einem Standort geübte Praxis, an der sich sowohl die QSKH-RL als auch der strukturierte Qualitätsbericht orientieren. Weicht ein Krankenhaus bei der Datenlieferung nach § 21 Abs. 2 Nr. 2b KHEntgG von der Festlegung des nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrages ab, so ist bei der standortbezogenen Qualitätsberichtserstattung für Standorte mit bettenführenden Fachabteilungen der Festlegung zu folgen.

Zu § 3

Die Änderungen sind redaktioneller Art und basieren u.a. auf der Änderung von § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V, die mit dem KFRG erfolgt ist.

Zu § 6

Die Änderungen in den Absätzen 1 und 2 sind redaktioneller Art: Die Inhalte, die sich allein auf das Berichtsjahr 2012 bezogen, sind zeitlich überholt und werden daher entfernt.

In Absatz 3 wurde eine logische Inkonsistenz als Folge der Änderungen in § 7 beseitigt. Außerdem wurde klargestellt, dass der für die Regelungen zum Qualitätsbericht zuständige Unterausschuss (derzeit der Unterausschuss Qualitätssicherung) im G-BA gemeint ist.

Zu § 6 Abs. 3a

§ 6 Abs. 3a ist eine einmalige Ausnahmeregelung für den Qualitätsbericht über das Jahr 2012. Die Ausnahmeregelung wird vor dem Hintergrund der tiefgreifenden Umstellung des Verfahrens für den Qualitätsbericht 2012 getroffen und stellt kein Präjudiz für die folgenden Berichtsjahre dar.

Die Anmeldung, Registrierung und Übermittlung der Qualitätsberichte nach § 6 Abs. 3a erfolgt analog dem Anmeldeverfahren zum strukturierten Qualitätsbericht 2012 (Anlage 2 a.F.) mit Ausnahme der in Abs. 3a bestimmten Fristen. Das bedeutet, dass alle Krankenhäuser, die eine Anmeldung (Nachregistrierung), eine Korrektur der Anmeldung, eine erstmalige Übermittlung oder eine Ersatzlieferung der von den Krankenhäusern zu liefernden Berichtsteile (ohne Teil C-1) anstreben, sich in der Frist vom 19. Mai bis 26. Mai 2014 neu bei der Annahmestelle (ITSG) anmelden müssen. Die Übermittlung hat in der Zeit vom 23. Juni 2014 bis zum 4. Juli 2014 zu erfolgen.

Für die mit der Durchführung der externen stationären Qualitätssicherung beauftragten Stellen („LQS“ und AQUA) besteht die Option, die Berichtsteile C-1 erstmalig oder korrigiert in der Zeit vom 23. Juni 2014 bis zum 4. Juli 2014 zu übermitteln. Die Übermittlung hat mit Ausnahme der Fristen analog dem Datenlieferverfahren in Anlage 2 a.F. zum strukturierten Qualitätsbericht 2012 zu erfolgen.

Aufgrund der Ausnahmeregelung ist für das Berichtsjahr 2012 keine Antragsstellung gemäß § 6 Abs. 3 mehr erforderlich. Wird ein Antrag gemäß § 6 Abs. 3 gestellt, wird auf eine Einzelfallprüfung verzichtet. Dementsprechend ist keine Vorlage von Belegen zur

Begründung dieses Antrags erforderlich. Für Antragsteller gemäß § 6 Abs. 3 gelten die in § 6 Abs. 3a festgelegten Termine und das hier beschriebene Anmelde- und Lieferverfahren.

Dem Empfängerkreis gemäß § 6 Abs. 4 wird am Ende des Lieferzeitraums der gebündelte Download der nachgelieferten Qualitätsberichte ermöglicht. Außerdem wird dem Empfängerkreis gemäß § 6 Abs. 5 ein entsprechender Datenträger unverzüglich zur Verfügung gestellt.

Die nachgelieferten Qualitätsberichte sind gemäß § 8 Abs. 1 (a.F.) bis zum 15. August 2014 zu veröffentlichen.

Zu § 7

Die Änderungen in den Absätzen 1 und 2 wurden mit dem Ziel unternommen, eine nicht ordnungsgemäße Lieferung eindeutiger zu definieren. Die Datenannahmestelle prüft formal anhand eines Prüfschemas, ob die Qualitätsberichte entsprechend den Vorgaben der Datensatzbeschreibung gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 der Qb-R übermittelt wurden. Ist dies der Fall und wurde der Qualitätsbericht entsprechend den vorgegebenen Fristen übermittelt, wird der Bericht angenommen. Eine Klarstellung erfolgt auch hinsichtlich der Tatsache, dass für eine ordnungsgemäße Lieferung der gesamte Bericht, also alle Berichtsteile, vollständig zu liefern sind.

Zu § 8

Mit dem neu eingeführten § 8 normiert der G-BA Konsequenzen, falls Krankenhäuser gegen die gesetzliche Pflicht zur Qualitätsberichtserstattung verstoßen und sich damit der Transparenz und Information der Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit entziehen. Da durch die Änderung des § 17c KHG mit dem Beitragsschuldengesetz die Stichprobenprüfung bei Nichtlieferung der Qualitätsberichte aufgehoben wurde, entfällt die bisherige Sanktionsmöglichkeit. Diese Lücke wird durch diese Regelung geschlossen.

Ab dem Berichtsjahr 2013 veröffentlicht der G-BA jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die ihrer Pflicht zur ordnungsgemäßen Lieferung des Qualitätsberichts nach § 7 nicht nachgekommen sind. Sofern dasselbe Krankenhaus erneut nicht ordnungsgemäß liefert, folgt eine finanzielle Sanktion in Form eines Qualitätssicherungsabschlags gemäß § 8 Abs. 4 KHEntgG i. V. m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Höhe von zunächst 1 Euro (wenn es zum zweiten Mal auf der Liste steht) und im nochmaligen Wiederholungsfall von 2 Euro pro vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres.

Mit der durch den G-BA jährlich bereitgestellten Übersicht der Krankenhäuser, die ihrer Berichtspflicht nicht ordnungsgemäß nachgekommen sind, erhalten potenzielle Nutzerinnen und Nutzer wie Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte und andere interessierte Gruppen die Möglichkeit, unmittelbar nachzuvollziehen, wenn eine Einrichtung nicht an dem gesetzlich vorgeschriebenen Berichtsverfahren teilnimmt. Eine solche Veröffentlichung bildet einen zusätzlichen Baustein zur Schaffung der für eine informierte Auswahlentscheidung notwendigen Transparenz über qualitätsbezogene Aktivitäten von Krankenhäusern.  
*[voraussichtlich folgt eine Textergänzung]*

Der Abschlag von 1 bzw. 2 Euro je vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres bei wiederkehrender nicht ordnungsgemäßer Lieferung ist im Zuge der nach dem jeweiligen Veröffentlichungszeitraum als nächstes zu erreichenden Budgetverhandlung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vom Erlösbudget des Krankenhauses abzuziehen. Eine nicht ordnungsgemäße Lieferung, die dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist, z.B. aufgrund technischer Probleme bei der Datenannahmestelle oder in Bezug auf die Lieferungen der auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen, wird dabei nicht berücksichtigt. Das gilt ebenso für zulässig erfolgte Nachlieferungen oder Ersatzlieferungen gemäß § 6 Abs. 3.

Nach Ablauf von drei Jahren überprüft der G-BA die Wirksamkeit dieser Sanktionen.

Zu § 9

Die Ergänzung beseitigt eine Unschärfe in der alten Formulierung, in der die Konkretisierung für den Fall der Nachlieferungen oder Ersatzlieferungen nach § 6 Abs. 3 fehlte.

## Anlage 1

Zu A-1

Hier wurde ein Fehler korrigiert. Die hier anzugebende Adresse ist die allgemeine Krankenhausadresse. Dies gilt auch für Krankenhäuser mit mehreren Standorten. Im Zweifelsfall muss das Krankenhaus hier eine von mehreren Adressen festlegen.

Die Rückmeldungen aus der laufenden Berichterstattung ergab darüber hinaus die Notwendigkeit, die Angaben zum Institutionskennzeichen zu präzisieren. Dies ist hier erfolgt.

Zu B-X.1

Neu wurde die Möglichkeit aufgenommen, für eine Fachabteilung die Hausanschrift des Standorts, in dem sich die Fachabteilung befindet, sowie weitere öffentlich zugängliche Adressen anzugeben. Dies erlaubt die Orientierung z.B. bei Krankenhäusern, bei denen dieselbe Fachabteilung auf einem oder mehreren Standorten räumlich an verschiedenen Orten gelegen oder von verschiedenen Orten her zugänglich ist.

Zu B-X.2

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat sich mit der Bundesärztekammer (BÄK) am 24. April 2013 auf folgende Empfehlung geeinigt:

„Empfehlung gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen

Gemäß § 136a SGB V fördert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Hierzu gibt sie im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) folgende Empfehlungen zur Berücksichtigung bei Verträgen mit leitenden Abteilungsärzten (im Folgenden: Chefärzte) ab. Das Einvernehmen der BÄK ergeht lediglich auf Grundlage des § 136a SGB V und erstreckt sich nicht auch auf die *Beratungs- und Formulierungshilfen der DKG für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten:*

1. Chefärzte sind in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Das Wohl der Patienten und die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen müssen stets im Vordergrund stehen.
2. Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefärzten mit ökonomischen Inhalten sind unter der Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 MBO-Ä) grundsätzlich legitim und sachgerecht, was auch vom Gesetzgeber anerkannt wird.
3. Zielvereinbarungen im Krankenhaus müssen stets mit der notwendigen Sensibilität gehandhabt werden. Die zu vereinbarenden Ziele sind mit Augenmaß so auszuwählen, dass der Chefarzt durch eigene Anstrengungen maßgeblichen Einfluss auf die Zielerreichung ausüben kann.
4. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen dürfen nicht vereinbart werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern.“

Die Aufnahme der Angaben, ob das Krankenhaus mit seinen leitenden Ärzten und Ärztinnen Zielvereinbarungen geschlossen hat, wurde durch eine Gesetzesänderung durch das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) notwendig, durch welches der § 136a in neuer Formulierung erneut in das SGB V eingefügt wurde. Die Angabe, ob und für welche Leistungen von leitenden Ärzten und Ärztinnen einer Fachabteilung mit dem Krankenhaus Zielvereinbarungen geschlossen wurden, erfolgt bei den Angaben zur jeweiligen Fachabteilung. Somit kann ein einfacher Überblick gewonnen werden, welche

Fachabteilungen eines Krankenhauses Zielvereinbarungen für welche Leistungen geschlossen haben.

Wichtig ist die Übersetzung der OPS-Ziffer in eine allgemeinverständliche Sprache, die auch eine anatomisch/funktionale Beschreibung enthält, um sicherzustellen, dass die jeweiligen Leistungsbereiche ausreichend konkret dargestellt und auch für den Nichtmediziner und die Nichtmedizinerin mit konkreter Fragestellung nachvollziehbar werden.

Zu B-X.11

Bei der Personaldarstellung wurde jeweils die Einheit „Anzahl je Fall“ in „Fälle je Vollkraft/Person“ geändert, es wurden also Zähler und Nenner getauscht, um die Aussagekraft insbesondere für die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten zu erhöhen bzw. zu vereinfachen.

Zu C-1.1

Hier wurde eine Änderung der QSKH-RL (Aussetzung der Hysterektomie) übernommen.

Außerdem erfolgte eine Klarstellung in Bezug auf die Angaben zu Sollstatistik und Dokumentationsraten in den herzchirurgischen Leistungsbereichen „isolierte Aortenklappenchirurgie“, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ und „isolierte Koronarchirurgie“ sowie bei den Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantationen. Diese Verfahren werden nicht als separate Leistungsbereiche erfasst, sondern in einem zusammengefasst. Bei den kardiologischen Verfahren ist dies der Leistungsbereich „Herzchirurgie“ (HCH); bei den genannten Transplantationen der Leistungsbereich „Nieren- und Pankreas-(Nieren-)Transplantation“ (PNTX). Entsprechend sind keine Fallzahlen der einzelnen Verfahren, sondern nur die Dokumentationsraten der Leistungsbereiche HCH und PNTX anzugeben.

Zu C-1.2.Z

In der Tabelle wurden der Übersichtlichkeit halber auf der linken Seite zuerst die Eigenschaften des Qualitätsindikators, danach die Bundesergebnisse, danach die variablen individuellen rechnerischen Ergebnisse des Krankenhauses, die qualitative Bewertung und die Kommentare angeordnet. Zur Erhöhung der Transparenz werden nun Angaben zum jahresübergreifenden Verlauf bei rechnerischen Ergebnissen und Angaben zum Vertrauensbereich Bund gemacht, um den jeweils krankenhausspezifischen Vertrauensbereich mit dem bundesweiten vergleichen zu können.

Durch das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Gesetze“ hat der Gesetzgeber bereits im Juli 2011 die Voraussetzung für eine verbesserte Prävention nosokomialer Infektionen geschaffen. Der G-BA wurde durch die Neufassung des § 137 Abs. 1a SGB V verpflichtet, in seinen Richtlinien nach § 137 Abs. 1 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung festzulegen, sowie in § 137 Abs. 1b SGB V verpflichtet, ihm bereits zugängliche und zur Veröffentlichung geeignete Erkenntnisse in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufzunehmen.

Inzwischen liegen einzelne Erkenntnisse aus den Ergebnissen der externen stationären, vergleichenden Qualitätssicherung vor, die vorliegend durch Ergänzung der Tabellenspalte „Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus“ in den Qualitätsbericht aufgenommen werden. Diese sind jedoch noch unvollständig, da sie im Wesentlichen nur Teilmengen postoperativer Wundinfektionen in Folge einzelner Eingriffe erfassen können. Gegenwärtig befinden sich jedoch weitere Verfahren bzw. Richtlinien in der Beratung, die in absehbarer Zeit weitere relevante Qualitätsinformationen erbringen werden, die dann ebenfalls in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser Eingang finden sollen. Dies betrifft insbesondere Informationen zu Strukturen und Prozessen der Hygiene, zu denen bisher keine Daten vorliegen.

Die Institution nach § 137a SGB V ist derzeit mit der Überarbeitung des Berichts „zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom

18. März 2013 befasst. Seine Veröffentlichung, die ggf. entsprechende Anpassungen in den Qb-R für das Berichtsjahr 2013 nach sich ziehen kann, wird ca. im Juni 2014 erwartet.

Zum Ausfüllen der Spalte „Qualitative Bewertung des Krankenhauses - Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“ (neu: Tabellenspalte 13) wurden in Anlehnung an die Vorschläge der entsprechend beauftragten Stellen in den Ausfüllhinweisen eindeutiger und verbindlichere Vorgaben gemacht. Sie beziehen sich ausschließlich auf die neuen Kategorien zur Bewertung des Strukturierten Dialogs, die für das Berichtsjahr 2012 erstmals Anwendung fanden. In den Regelungen für das Berichtsjahr 2012 war eine Anleitung zur Überleitung der verschiedenen Bewertungskategorien enthalten, die für die nachfolgenden Berichtsjahre durch eine konkrete Matrix ersetzt wird. Dies wurde notwendig, um eine einheitliche Darstellung und Vergleichbarkeit der von den verschiedenen beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene abgegebenen Bewertungen zu gewährleisten. Weiterhin wurden Ausfüllhinweise für die beiden neuen Spalten „Vertrauensbereich bundesweit“ und „Entwicklung (rechnerisches) Ergebnis“ ergänzt. Außerdem wurde festgelegt, wie bei der Berechnung der Vertrauensbereiche für den Qualitätsbericht vorzugehen ist. Über diese neu eingeführten Spalten und mit der eindeutigen Festlegung der Berechnung der Vertrauensbereiche kann nun das rechnerische Ergebnis der Qualitätsindikatoren mit dem Vorjahr unmittelbar verglichen werden.

Zu C-5

Es werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen: Sie gehen auf die zwischenzeitlich gefassten G-BA-Beschlüsse vom 15. September und 24. November 2011 zurück oder zielen darauf ab, dass der Vollständigkeit halber nun auch der Leistungsbereich „Koronarchirurgische Eingriffe“ im Qualitätsbericht als Teil der Mindestmengenregelungen ausgewiesen wird.

Zu C-6

In den Ausfüllhinweis wird eine Stichtagsregelung aufgenommen, die klarstellen soll, dass hier nur über die Umsetzung der beschriebenen G-BA-Beschlüsse zu berichten ist, an die das Krankenhaus am 31. Dezember des Berichtsjahres gebunden ist.

Zu C-7

Hier werden Anpassungen an die Inhalte der am 18. Oktober 2012 vom G-BA neu gefassten und seit dem Jahr 2013 gültigen Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) vorgenommen.

### **Anhang 1 zu Anlage 1**

Die Datensatzbeschreibung wird vorübergehend aufgehoben. Ein Beschluss über ihre Anpassung für die Qualitätsberichte 2013 in maschinenverwertbarer Form, die sich aus der geänderten Anlage 1 Qb-R ergibt, steht noch aus und wird ca. im April 2014 erwartet.

### **Anhang 2 zu Anlage 1**

Die Auswahllisten wurden ausschließlich redaktionell angepasst.

### **Anhang 3 zu Anlage 1**

Der G-BA sieht derzeit eine Anpassung des Anhangs zu den Qualitätsindikatoren in Abhängigkeit von den Empfehlungen der Institution nach § 137a SGB V für das Berichtsjahr 2013 vor. Mit der Vorlage der Empfehlungen wird voraussichtlich im März 2014 zu rechnen sein (vgl. Tragende Gründe zu C-1.2.Z). Nach entsprechender Beratung im G-BA wird ein Beschluss über den Anhang 3 zu Anlage 1 Qb-R ca. im Juni 2014 erwartet.

### **Anlage 2**

Die Erläuterungen zur Angabe der Institutionskennzeichen wurden entsprechend den Erfahrungen aus den letzten Berichtsjahren angepasst. Außerdem wurde der Anmelde- und Registrierungszeitraum um 14 Tage vorgezogen, um eine zusätzliche Korrekturphase vorzusehen. Dies ermöglicht den Krankenhäusern eine Änderung ihrer Identifikationsdaten nach Abgleich der Angaben mit denen der auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Zu den hier beschlossenen Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sind mögliche bürokratieärmere Alternativen im Laufe des Beratungsprozesses frühzeitig und kontinuierlich geprüft, beraten und abgewogen worden.

Der vorliegende Beschluss über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für Berichte ab dem Jahr 2013 modifiziert die bereits bestehende Informationspflicht für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und an eine Annahmestelle zu übermitteln, nur geringfügig. Adressaten dieser Informationspflicht sind 2.017 in Deutschland existierende Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt, Stand 2012) sowie zusätzliche rund 100 zugehörige Standorte mit differenziertem Versorgungsauftrag, für welche ebenfalls standortspezifische Qualitätsberichte zu erstellen sind. Da die zusätzliche Berichtspflicht unter B-X.2 in einer einfachen Meldung mit niedrigster Komplexität (Ausfüllen eines Ja/Nein-Auswahlfeldes) besteht, sind die daraus resultierenden zusätzlichen Bürokratiekosten marginal. Daher wird an dieser Stelle auf eine Quantifizierung der Bürokratiekosten verzichtet.

### 4. Verfahrensablauf

Die zuständige Arbeitsgruppe beriet in drei Sitzungen über den Änderungsbedarf der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für die Berichte ab dem Jahr 2013 und legte dem Unterausschuss Qualitätssicherung zu seiner Sitzung am 6. November 2013 einen entsprechenden Beschlussentwurf vor. Der Unterausschuss konsentiert den Beschlussentwurf weitgehend und beschloss die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 Abs. 1 VerfO mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Er legte eine Stellungnahmefrist von vier Wochen fest und beauftragte die AG, die Auswertung einer ggf. fristgerecht eingehenden Stellungnahme in höchstens einer Sitzung vorzubereiten und das Ergebnis dem Unterausschuss spätestens am 29. Januar 2014 zur Auswertung vorzulegen.

Der BfDI teilte am 9. Dezember 2013 mit, dass er keine Stellungnahme zum Beschlussentwurf abgebe (**Anlage 1**). Die AG legte dem Unterausschuss zur Sitzung am 29. Januar 2014 einen überarbeiteten Beschlussentwurf vor. Der Unterausschuss konsentiert den Beschlussentwurf bei zwei verbleibenden dissidenten Passagen in § 7 Abs. 3 und § 8 Qb-R und bestätigte, dass er die nach Einleitung des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens vorgenommenen Änderungsvorschläge als nicht wesentlich im Sinne des 1. Kap. § 14 Abs. 1 Satz 1 VerfO einschätze und daher kein neues Stellungnahmeverfahren durchzuführen sei. Er bat das Plenum um Entscheidung zu den dissidenten Punkten im Beschlussentwurf über eine Änderung der Qb-R und empfahl die Beschlussfassung.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 137 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutscher Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.



## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. März 2014 einstimmig eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser für die Berichte ab dem Jahr 2013 beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt das Beratungsergebnis nicht mit. Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutsche Pflegerat und der Verband der privaten Krankenversicherung äußerten keine Bedenken.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

**Anlage 1:** Schreiben des BfDI vom 9. Dezember 2013

Berlin, den 20. März 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken



Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Nur als E-Mail  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn  
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL ref3@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 09.12.2013

GESCHÄFTSZ. III-315/072#0709

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei  
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Anpassungen  
für das Berichtsjahr 2013ff.**

BEZUG Ihr Schreiben vom 11. November 2013 (Oe)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich Ihnen.  
Zu diesem Entwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Wierichs

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.