

# Richtlinie



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

### **(Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern QSKH-RL)**

in der Fassung vom 15. August 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 178 (S. 6 361) vom 20. September 2006  
in Kraft getreten am 1. Januar 2007

zuletzt geändert am 20. Oktober 2011  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 19 (S. 402) vom 2. Februar 2012  
in Kraft getreten am 1. Januar 2012

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Inhalt

<b>A.</b>	<b>Allgemeines</b>	<b>4</b>
§ 1	Zweck und Rechtsgrundlage der Richtlinie	4
§ 2	Ziele der Qualitätssicherung	4
<b>B.</b>	<b>Maßnahmen der Externen stationären Qualitätssicherung</b>	<b>5</b>
§ 3	Krankenhausinterne Kommunikation	5
§ 4	Einbezogene Leistungen	5
§ 5	Indirekte und direkte Verfahren	5
§ 6	Datenfluss beim indirekten Verfahren	5
§ 7	Datenfluss beim direkten Verfahren	6
§ 8	Erstellung und Übersendung von Auswertungen	6
§ 9	Datenvalidierung	6
§ 10	Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern	8
§ 11	Einleitung des Strukturierten Dialogs	8
§ 12	Prüfung	8
§ 13	Abschluss des Strukturierten Dialogs	9
§ 14	Verantwortliches Gremium	9
§ 15	Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren	10
<b>C.</b>	<b>Zuständigkeiten</b>	<b>10</b>
§ 16	Zusammenarbeit Bundes- und Landesebene	10
§ 17	Institution nach § 137a SGB V	11
§ 18	Fachgruppen	11
§ 19	Datenschutz und Schweigepflicht	12
<b>D.</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>13</b>
§ 20	Leistungsvergütung	13
§ 21	Qualitätssicherungszuschläge	13
§ 22	Zahlung	14
§ 23	Nachweise	14
§ 24	Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleichs	15
<b>Anlage 1</b>	<b>Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2012</b>	<b>16</b>

<b>Anlage 2 Verfahren mit Follow-up im Erfassungsjahr 2012.....</b>	<b>18</b>
<b>Allgemeines .....</b>	<b>18</b>
§ 1 Geltungsbereich und Zweck .....	18
§ 2 Verfahren im Krankenhaus.....	18
§ 3 Verfahren in der auf Landesebene beauftragten Stelle.....	19
§ 4 Verfahren in der Vertrauensstelle .....	19
§ 5 Verfahren in der Institution nach § 137a SGB V .....	20
§ 6 Anforderungen an die auf Landesebene beauftragten Stellen .....	20
§ 7 Qualifizierte Patienteninformation.....	20
§ 8 Begründung der Vollerhebung.....	20
<b>Anhang zur Anlage 2.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabelle 1: Datenfelder des Leistungsbereichs Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation.....</b>	<b>21</b>
<b>Tabelle 2: Datenfelder des Leistungsbereichs Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabelle 3: Datenfelder des Leistungsbereichs Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation.....</b>	<b>25</b>
<b>Tabelle 4: Datenfelder des Leistungsbereichs Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabelle 5: Datenfelder des Leistungsbereichs Geburtshilfe .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabelle 6: Datenfelder des Leistungsbereichs Neonatologie.....</b>	<b>35</b>

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## **A. Allgemeines**

### **§ 1 Zweck und Rechtsgrundlage der Richtlinie**

(1) Zweck der Richtlinie ist insbesondere:

1. die Umsetzung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V,
2. die Gewährleistung eines transparenten Verfahrens bei der Vorbereitung, Entwicklung, Durchführung einschließlich der Auswertung und Bewertung von Qualitätssicherungsdaten sowie der Beschlussfassung über Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Behandlung im Krankenhaus,
3. die Umsetzung der Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin (§ 10 Transplantationsgesetz (TPG) i.V.m. der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG „Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung“),
4. die Sicherstellung der Zusammenführung von Qualitätssicherungsdaten auf der Bundesebene für Auswertungen,
5. die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bestimmt gem. § 137 Abs. 1 Nr. 1 und Satz 3 SGB V unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), der Bundesärztekammer (BÄK) sowie der Berufsorganisationen der Pflegeberufe grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

(3) Die einzelnen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind in der Anlage festgelegt und für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Verträge nach § 112 Abs. 1 SGB V können ergänzende Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten.

### **§ 2 Ziele der Qualitätssicherung**

Orientiert am Nutzen für die Patientinnen und Patienten verfolgen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen insbesondere folgende Ziele:

- a) Durch Erkenntnisse über Qualitätsdefizite Leistungsbereiche systematisch zu identifizieren, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind.
- b) Unterstützung zur systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden einrichtungsinternen Qualitätssicherung (internes Qualitätsmanagement) zu geben.
- c) Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren herzustellen.
- d) Durch signifikante, valide und vergleichbare Erkenntnisse insbesondere zu folgenden Aspekten die Qualität von Krankenhausleistungen zu sichern:
  - Indikationsstellung für die Leistungserbringung,
  - Angemessenheit der Leistung,
  - Erfüllung der strukturellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen,
  - Ergebnisqualität.

## **B. Maßnahmen der Externen stationären Qualitätssicherung**

### **§ 3 Krankenhausinterne Kommunikation**

(1) Maßnahmen zur Qualitätssicherung können nur dann eine positive Wirkung entfalten, wenn sie von allen Beteiligten im Krankenhaus gemeinsam gewollt und unterstützt werden. Zu den gewünschten positiven Auswirkungen der Qualitätssicherung gehört auch die intensive krankenshausinterne Kommunikation zwischen allen Beteiligten anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme.

(2) Zum Erreichen der intensiven Kommunikation ist die leitende Ärztin oder der leitende Arzt der Fachabteilung verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihr oder ihm aus der Qualitätssicherung zugeleitet werden, mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung und den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen festzulegen.

(3) Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlussfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.

### **§ 4 Einbezogene Leistungen**

(1) Zur Sicherung der Qualität von Krankenhausleistungen sind für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser definierte Leistungsbereiche gemäß Anlage 1 verbindlich zu dokumentieren. Die Darstellung der Inhalte der einbezogenen Leistungen steht als Auslöser (Ein- und/oder Ausschlusskriterien sowie die dazu gehörigen Spezifikationen) zur Verfügung und ist Bestandteil dieser Richtlinie. Die einbezogenen Leistungen werden regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Sie werden in der jeweils geltenden Fassung durch die Institution nach § 137a SGB V auf ihrer Homepage im Internet öffentlich bekanntgemacht.

(2) Über die spezifische Darstellung der Inhalte der einbezogenen Leistungen in der Anlage 1 sind die zu dokumentierenden Datensätze definiert. Hierbei kann sich ein Datensatz aus einem Basisdatensatz oder aus einem Basisdatensatz und ggf. mehreren Teildatensätzen zusammensetzen.

### **§ 5 Indirekte und direkte Verfahren**

(1) Indirekte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen unter Einbeziehung der Landesebene.

(2) Direkte Verfahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Leistungsbereichen, bei denen insbesondere wegen geringer Fallzahlen und/oder geringer Anzahl von Krankenhäusern ein bundesweites Management geboten ist. Die Zuordnung der Leistungsbereiche ist in der Anlage 1 dargelegt.

### **§ 6 Datenfluss beim indirekten Verfahren**

(1) Die erhobenen Datensätze sind von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der von der Landesebene beauftragten Stelle unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Die von der Landesebene beauftragte Stelle überprüft die Datensätze auf Vollständigkeit und anhand der vorgegebenen Kriterien auf Plausibilität. Die geprüften Datensätze werden unverzüglich an die Institution nach § 137a SGB V weitergeleitet. Die von der Landesebene beauftragte

Stelle informiert die Krankenhäuser über die entsprechende Weiterleitung an die Institution nach § 137a SGB V.

(2) Soweit die Weiterleitung gemäß Absatz 1 nicht in einer durch den Unterausschuss Qualitätssicherung festgesetzten, angemessenen Frist erfolgt, leitet der Unterausschuss Qualitätssicherung die Anwendung der Regelungen des § 7 Abs. 1 und 2 ein. Der Landesebene ist vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Die Institution nach § 137a SGB V stellt den von der Landesebene beauftragten Stellen auf Anforderung die jeweiligen Datensätze zur Verfügung, um dort bei Bedarf die Durchführung vollständiger eigener Auswertungen zu ermöglichen.

(4) Für die Leistungsbereiche 11, 12, 15, 16 sowie 5 und 27 der Anlage 1 gelten zusätzlich die Regelungen der Anlage 2, die in einer ersten Stufe neben der Erhebung der Qualitätssicherungsdaten auch eine Erhebung patientenidentifizierender Daten für die genannten Leistungsbereiche im Krankenhaus vorsehen.

## **§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren**

(1) Die erhobenen Datensätze sind von allen Krankenhäusern in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat der Institution nach § 137a SGB V unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

(2) Soweit die Lieferung der Datensätze gemäß Absatz 1 in einer durch die Institution nach § 137a SGB V vorgegebenen angemessenen Frist nicht erfolgt, gelten die Datensätze als nicht dokumentiert und es greifen die Regelungen des § 24.

## **§ 8 Erstellung und Übersendung von Auswertungen**

(1) Die von Krankenhäusern in den Leistungsbereichen mit einer bundesweiten Dokumentationspflicht für die externe stationäre Qualitätssicherung nach § 137 SGB V übermittelten Daten sind mindestens einmal jährlich statistisch auszuwerten und zu aussagekräftigen Übersichten, mit deren Hilfe sich das einsendende Krankenhaus mit weiteren Krankenhäusern vergleichen kann, zusammenzustellen. Angaben, die einen Rückschluss auf die Identität von weiteren teilnehmenden Krankenhäusern ermöglichen, sind zu unterlassen. Die Qualitätsindikatoren sind nach bundesweit einheitlichen Rechenvorschriften, die von der Institution nach § 137a SGB V veröffentlicht werden, auszuwerten. Die Rechenvorschriften sollen bis spätestens 28. Februar des Jahres vorliegen, welches der Datenerhebung im Krankenhaus folgt.

(2) Allen Krankenhäusern, die nach dieser Richtlinie Daten geliefert haben, sind statistische Auswertungen für die betreffenden Leistungsbereiche zu übersenden. Zuständig ist bei direkten Verfahren die Institution nach § 137a SGB V und bei indirekten Verfahren die auf Landesebene beauftragte Stelle. Die Daten des einsendenden Krankenhauses sind in der Übersicht zu kennzeichnen. Die Übersendung der Auswertungen soll spätestens bis zum 15. Juni des Jahres erfolgen, welches der Datenerhebung im Krankenhaus folgt.

## **§ 9 Datenvalidierung**

(1) Die von den Krankenhäusern nach Maßgabe dieser Richtlinie übermittelten Daten sind auf ihre Validität zu prüfen (Datenvalidierungsverfahren). Das Datenvalidierungsverfahren umfasst

- eine Statistische Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung) und

- ein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, in dem die Übereinstimmung mit der Dokumentation im Krankenhaus (Patientenakte) überprüft wird.

(2) Das Datenvalidierungsverfahren nach Absatz 1 ist in der Regel bei drei Leistungsbereichen für ausgewählte Datenfelder durchzuführen. Die Leistungsbereiche sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag der Institution nach § 137a SGB V festzulegen. Ausgewählte Auffälligkeitskriterien der in den Vorjahren in die Datenvalidierung einbezogenen Leistungsbereiche werden kontinuierlich weitergeführt und in die Statistische Basisprüfung einbezogen. Des Weiteren sind in die Statistische Basisprüfung Indikatoren zur Vollzähligkeit einzubeziehen.

(3) Die in der Statistischen Basisprüfung anzuwendenden Auffälligkeitskriterien werden jährlich durch den Unterausschuss Qualitätssicherung nach Vorschlag der Institution nach § 137a SGB V festgelegt. Die festgelegten Auffälligkeitskriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. Für die Durchführung der Statistischen Basisprüfung gilt § 14 entsprechend. Der Statistischen Basisprüfung sind alle nach dieser Richtlinie zur Datenübersendung in den festgelegten Leistungsbereichen verpflichteten Krankenhäuser zu unterwerfen.

(4) Dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im indirekten Verfahren sind pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 % der Krankenhäuser in den ausgewählten Leistungsbereichen zu unterwerfen. Krankenhäuser mit nur einem Fall in dem betroffenen Leistungsbereich werden hiervon ausgenommen. Die Institution nach § 137a SGB V ermittelt bis Mitte April mittels eines zu dokumentierenden Zufallsverfahrens für jeden einzelnen ausgewählten Leistungsbereich die Krankenhäuser, die dem Datenabgleich unterworfen werden. Zum Abgleich der gemeldeten Qualitätssicherungsdaten führen die auf Landesebene beauftragten Stellen mittels Einsicht in die Patientenakte eine Zweiterhebung von Qualitätssicherungsdaten anhand von 20 zufällig ausgewählten Patientenakten je Krankenhaus durch und vergleichen die Ergebnisse mit den zuvor vom Krankenhaus übermittelten Daten. Nicht verfügbare Patientenakten sind zu dokumentieren und vom Krankenhaus zu begründen. Soweit eine direkte Einsicht in Patientenakten aus Gründen des im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts nicht zulässig ist, ist das Krankenhaus aufzufordern, eine qualifizierte Mitarbeiterin oder einen qualifizierten Mitarbeiter zu bestimmen, der die Informationen aus der Patientenakte unter Wahrung der Anonymität der Patientin oder des Patienten auf Fragen der die auf Landesebene beauftragte Stelle vertretende Person in deren Anwesenheit unmittelbar weitergibt. Für das Betreten des Krankenhauses durch Personen, die die auf Landesebene beauftragte Stelle vertreten, ist das vorherige Einverständnis des Krankenhauses einzuholen.

(4a) Dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich im direkten Verfahren sind pro Leistungsbereich mindestens 5 % der Krankenhäuser und mindestens 5 % der Fälle bezogen auf die von allen Krankenhäusern in dem ausgewählten Leistungsbereich dokumentierten Fälle zu unterwerfen. Es sind mindestens 2 Krankenhäuser in das Stichprobenverfahren einzubeziehen. Abs. 4 Satz 2 und 3 finden Anwendung. Abs. 4 Sätze 4 bis 7 finden entsprechende Anwendung dahingehend, dass die Institution nach § 137a SGB V den Abgleich durchführt.

(5) Ist ein Krankenhaus nach Durchführung der Statistischen Basisprüfung gemäß Absatz 3 auffällig oder werden bei der Auswertung des Datenabgleichs nach Absatz 4 oder Absatz 4a krankenhausbegleitende Auffälligkeiten festgestellt, so sind die Regelungen zum Strukturierten Dialog nach § 11 bis § 14 anzuwenden.

(6) Berichte zu den Ergebnissen des Datenvalidierungsverfahrens sind von den auf Landesebene beauftragten Stellen im Rahmen der Berichtspflicht nach § 15 vorzulegen.

(7) Bei direkten Verfahren oder im Falle des Eintretens von § 6 Abs. 2 tritt an Stelle der auf Landesebene beauftragten Stelle die Institution nach § 137a SGB V.

## **§ 10 Erkennung von rechnerischen Auffälligkeiten in den Krankenhäusern**

(1) Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als negativ oder positiv auffällig, wenn entweder ein Verdacht auf relevante Mängel in der Versorgungsqualität eines Krankenhauses besteht oder wenn die Versorgungsqualität eines Krankenhauses außergewöhnlich gut erscheint.

(2) Die Identifizierung von rechnerischen Auffälligkeiten erfolgt grundsätzlich für alle Qualitätsindikatoren, für die ein Referenzbereich von der Institution nach § 137a SGB V definiert ist. Der Referenzbereich unterscheidet auffällige von unauffälligen Ergebnissen. Ergebnisse innerhalb der Referenzbereiche sind als unauffällige Versorgungsqualität zu werten. Referenzbereiche können entweder durch einen festen Wert definiert (fixer Referenzbereich) oder durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sein (Perzentil-Referenzbereich). Eine rechnerische Auffälligkeit ist definiert als Abweichung in einem Qualitätsindikator von diesem Referenzbereich. Bei der Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit werden Vertrauensbereiche und die Fallzahlen nicht berücksichtigt.

(3) Es besteht der Grundsatz, dass rechnerische Auffälligkeiten zu Maßnahmen nach § 11 führen müssen. Abweichungen von diesem Grundsatz sind im Bericht nach § 15 darzustellen und zu begründen. Insbesondere in folgenden Fällen kann trotz Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit von der allgemeinen Verpflichtung zur Durchführung des Strukturierten Dialogs abgesehen werden:

- bei der Verwendung von Qualitätsindikatoren-Sets, die eine Gruppe von Qualitätsindikatoren zusammenfassen. Eine transparente Darstellung und Bewertung dieser Sets muss im Bericht nach § 15 erfolgen. Diese Darstellung hat die verwendeten Qualitätsindikatoren, die Referenzbereiche sowie den verwendeten Algorithmus zu umfassen.
- bei Vorliegen landesindividueller, von den bundeseinheitlichen Vorgaben abweichender Referenz- und Vertrauensbereiche. Diese können auf der Landesebene entwickelt werden. Sie sind im Bericht nach § 15 darzustellen und zu begründen; Abweichungen, die sich aus deren Anwendung gegenüber den Bundesvorgaben ergeben, sind bezogen, auf die Krankenhäuser darzustellen.

Der Verzicht auf Maßnahmen bei rechnerischen Auffälligkeiten, die sich nur durch einen Fall pro Qualitätsindikator ergeben, muss nicht begründet werden. Bei Sentinel-Event-Indikatoren ist in jedem Fall eine Aufforderung zur Stellungnahme nach § 11 erforderlich.

## **§ 11 Einleitung des Strukturierten Dialogs**

Ist ein Krankenhaus nach § 9 Abs. 5 oder § 10 auffällig, ist das Krankenhaus unter Beschreibung des Sachverhalts auf die Auffälligkeit hinzuweisen oder zur Stellungnahme innerhalb einer festzusetzenden angemessenen Frist aufzufordern. Bei Wiederholung desselben oder eines ähnlichen Sachverhalts ist zumindest eine Stellungnahme anzufordern.

## **§ 12 Prüfung**

(1) Nach Eingang der Stellungnahmen werden diese dahingehend geprüft, ob die im überprüften Jahr dokumentierten Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität erbracht wurden und valide dokumentiert wurden. Enthält die Stellungnahme plausible Erklärungen dafür, dass von der rechnerischen Auffälligkeit nicht auf Qualitätsmängel zu schließen ist, oder werden bereits eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen als geeignet eingeschätzt, ist dies dem Stellungnehmenden mitzuteilen. Verbleiben auch nach Berücksichtigung der

Stellungnahme Zweifel, wird eine Besprechung nach Absatz 2, eine Begehung nach Absatz 3 oder eine Zielvereinbarung auf schriftlichem Weg veranlasst.

(2) Die Besprechung dient der Aufklärung von Zweifeln und der erforderlichen, ggf. vom Krankenhaus erbetenen, Beratung. Sie ist mit der oder dem im betroffenen Leistungsbereich Verantwortlichen oder den diese vertretenden, zur Entscheidung berechtigten Personen zu führen. Der gemeinsam erkannte Verbesserungsbedarf ist in einer Zielvereinbarung schriftlich niederzulegen. Sofern konkrete Maßnahmen festgelegt werden, ist für deren Umsetzung eine angemessene Frist zu vereinbaren.

(3) Mit Einverständnis des Krankenhauses können mögliche Qualitätsmängel auch vor Ort geprüft werden (Begehung). Dabei ist die Prüfung auf Unterlagen und Räumlichkeiten zu beschränken, die für die Ausräumung von Zweifeln eingesehen werden müssen; insbesondere dürfen personenbezogene Daten nur eingesehen werden, soweit diese zur Dokumentation der zu prüfenden Leistungen angelegt wurden und die Qualität der Behandlung im Einzelfall zu beurteilen ist. Der Begehung soll eine Besprechung nach Absatz 2 abgeschlossen werden.

### **§ 13 Abschluss des Strukturierten Dialogs**

(1) Der Strukturierte Dialog wird durch einen Hinweis nach § 11, durch eine Mitteilung nach § 12 Abs. 1 oder eine Zielvereinbarung nach § 12 Abs. 2 Satz 3 abgeschlossen. Liegen neue Erkenntnisse vor, kann er erneut eröffnet werden.

(2) Der Strukturierte Dialog soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres und für die übrigen Indikatoren bis zum Ende des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein. Abweichende Verlängerungen sind in dem Bericht nach § 15 zu begründen.

(3) Verweigert ein Krankenhaus ohne berechtigten Grund Stellungnahmen, Besprechungen, Begehungen oder den Abschluss einer erforderlichen Zielvereinbarung oder erfüllt es die Verpflichtungen der Zielvereinbarung ohne nachvollziehbare Gründe nicht fristgerecht, ist das Krankenhaus mit Darstellung des Sachverhaltes bei direkten Verfahren dem Unterausschuss Qualitätssicherung und bei indirekten Verfahren dem Lenkungsgremium auf Landesebene zu benennen. Zwischen Bundes- und Landesebene kann zur Koordination einer einheitlichen Vorgehensweise ein Informationsaustausch erfolgen. Das nach § 14 verantwortliche Gremium entscheidet über das weitere Vorgehen, u. a. auch über die Veröffentlichung der Informationen.

(4) Die Maßnahmen nach Absatz 3 sind im Bericht nach § 15 darzustellen. Sofern keine dieser Maßnahmen zur Anwendung kommt, ist dies im Bericht zu begründen und darzulegen, welche alternativen Maßnahmen ergriffen wurden.

(5) Über die möglichen Vorgehensweisen nach Absatz 3 ist das betroffene Krankenhaus im Rahmen des Strukturierten Dialogs rechtzeitig schriftlich zu informieren.

### **§ 14 Verantwortliches Gremium**

(1) Für die Gesamtverantwortung der Verfahren und Maßnahmen nach den §§ 8 bis 13 ist auf Landesebene ein verantwortliches Gremium (z.B. Lenkungsgremium) zu bestimmen. Auf Bundesebene trägt diese der Unterausschuss Qualitätssicherung.

(2) Zur inhaltlichen Vorbereitung und Umsetzung der Maßnahmen kann das verantwortliche Gremium nach Absatz 1 Expertenkommissionen (insbesondere Fachgruppen, Arbeitsgruppen) in Anspruch nehmen.

## **§ 15 Berichtspflichten zum Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren**

(1) Die Institution nach § 137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen haben über den Strukturierten Dialog und das Datenvalidierungsverfahren bis zum 15. März des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres zu berichten. Dieser Bericht der auf Landesebene beauftragten Stellen wird nach bundeseinheitlichen Vorgaben als Datenbank erstellt und ihr Inhalt elektronisch, in maschinenlesbarer Form an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt. Die Spezifikation für die Übermittlung nach Satz 2 wird auf der Homepage der Institution nach § 137a SGB V bis zum 30. Juni bekanntgegeben.

(2) Die Institution nach § 137a SGB V fasst die Berichte nach Absatz 1 zusammen und erstellt bis zum 15. Mai des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres einen Abschlussbericht über die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie des Datenvalidierungsverfahrens und veröffentlicht diese nach Freigabe durch den Unterausschuss Qualitätssicherung auf ihrer Homepage. Informationen über Anpassungsbedarf von bundeseinheitlich festgelegten Referenzwerten und Qualitätsindikatoren werden unabhängig von den Berichten nach Absatz 1 kontinuierlich an die Institution nach § 137a SGB V kommuniziert.

(3) Die Institution nach § 137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen berichten darüber hinaus in einer zusammenfassenden Textform an den Unterausschuss Qualitätssicherung bis zum 15. März des auf den Beginn des Strukturierten Dialogs folgenden Jahres.

(4) Die Berichte nach den Absätzen 1 bis 3 werden den nach § 14 verantwortlichen Gremien zur Verfügung gestellt.

### **C. Zuständigkeiten**

## **§ 16 Zusammenarbeit Bundes- und Landesebene**

(1) Die Landes- und die Bundesebene sind Kooperationspartner bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen. Die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen setzt eine enge Zusammenarbeit aller an der Qualitätssicherung Beteiligten voraus. In diesem Sinne strebt die Bundesebene mit der Landesebene einen wechselseitigen Rückkopplungsmechanismus über die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen an. Hierzu gehört auch die Meldung systembezogener konkreter Veränderungswünsche der Landesebene an den Unterausschuss Qualitätssicherung. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sollen für jedes Bundesland funktionsfähige Strukturen (z. B. Lenkungs-gremium, Arbeitsgruppen, Geschäftsstelle als Qualitätsbüro oder Projektgeschäftsstelle) unter Nutzung vorhandener Institutionen vorgehalten werden. Es können länderübergreifende Strukturen gebildet werden.

(2) Auf Landesebene sollen insbesondere folgende Aufgaben für indirekte Verfahren (§ 5 Abs. 1) wahrgenommen werden:

1. Umsetzung der verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dieser Richtlinie.
2. Schaffung und Aufrechterhaltung einer Informations- und Beratungsplattform für die an den Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligten Krankenhäuser und sonstigen Institutionen nach Absatz 1.
3. Annahme der Datensätze aus den Krankenhäusern und Weiterleitung der zu Zwecken der Qualitätssicherung vorgegebenen Datensätze an die Institution nach § 137a SGB V.

4. Durchführung von Landesauswertungen. Die Landesebene kann diesbezüglich die Institution nach § 137a SGB V gesondert beauftragen. Zur Vermeidung von Doppelauswertungen sollte grundsätzlich eine Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene erfolgen.
5. Analyse der Ergebnisse statistischer Auswertungen und deren Bewertung.
6. Identifizierung qualitätsrelevanter Probleme und Fragestellungen.
7. Beobachtung und Analyse der Entwicklung der Auswertungsergebnisse, z. B. auch im Hinblick auf gegebenenfalls vereinbarte Ziele.
8. Rückkopplung der Bundesauswertung und der Ergebnisse der Qualitätsarbeit an alle Beteiligten, insbesondere an die Krankenhäuser und die Mitglieder im Lenkungsgremium im Bundesland.
9. Durchführung des Datenvalidierungsverfahrens nach § 9.
10. Durchführung des Strukturierten Dialogs nach § 10 bis § 15.

(3) Der Unterausschuss Qualitätssicherung nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Erstellung von Auswahlkriterien und Auswahl von in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Leistungen.
- Empfehlungen zur Zuordnung der Leistungsbereiche zu den direkten und indirekten Verfahren gemäß § 5.
- Grundsatzbewertung auf der Grundlage der Vorschläge/Berichte der Fachgruppen und der Institution nach § 137a SGB V, insbesondere zur Einführung bzw. Aussetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.
- Prüfung des Jahresberichts der beauftragten Stelle nach § 17.
- Regelung des Datenaustausches (Datenformat, Übermittlungsfristen).
- Generelle Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens.
- Aufgaben im Zusammenhang mit dem Strukturierten Dialog und dem Datenvalidierungsverfahren.

(4) Werden wesentliche Regelungen der vorliegenden Richtlinie auf Landesebene nicht umgesetzt, so kann der Unterausschuss Qualitätssicherung die Institution nach § 137a SGB V mit der Übernahme von Aufgaben der Landesebene beauftragen, bis die Strukturen auf der Landesebene eine zuverlässige Umsetzung der Richtlinie wieder gewährleisten. Der Landesebene ist vorab Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

## **§ 17 Institution nach § 137a SGB V**

(1) Das Nähere zu den Rechten und Pflichten der Institution nach § 137a SGB V ist vertraglich mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt.

(2) Die Institution nach § 137a SGB V berichtet dem Gemeinsamen Bundesausschuss über die Umsetzung der Beschlüsse zu Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

## **§ 18 Fachgruppen**

(1) Die mit der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen beauftragte Stelle setzt für die direkten und indirekten Verfahren Fachgruppen ein. Diese sind dem Unterausschuss Qualitätssicherung bekannt zu geben. In begründeten Fällen kann der Unterausschuss diese beanstanden. In die Fachgruppen entsenden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die PKV gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(DKG) sowie die BÄK und der Deutsche Pflegerat (DPR) je bis zu zwei Vertreter (Ärzte bzw. Experten der Pflege); an den Sitzungen der Fachgruppe können bis zu zwei der nach § 140f Abs. 2 SGB V benannten sachverständigen Personen teilnehmen. Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden von der BÄK gebeten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt in die jeweilige Fachgruppe zu entsenden. Die Mitglieder der Fachgruppe sollen fachkundig sein und über Kenntnisse auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung verfügen. Zeitlich befristet können weitere Ärztinnen oder Ärzte oder andere Sachverständige für spezielle, z. B. methodische Fragestellungen beratend hinzugezogen werden.

(2) Die Fachgruppen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- Analyse des Handlungsbedarfes hinsichtlich der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung gemäß den Zielen der Qualitätssicherung nach § 2.
- Bewertung der Ergebnisse der Datenauswertungen und Ableitung notwendiger Maßnahmen.
- Auf Anforderung, jedoch mindestens einmal jährlich, schriftliche Berichterstattung, insbesondere über die Bewertungen der Datenauswertungen. Zum Zwecke weitergehender Erläuterungen kann ein Vertreter der Fachgruppe zu Sitzungen eingeladen werden.

(3) Die Benennung der Mitglieder erfolgt für die Dauer von drei Jahren. Eine Wiederbenennung der berufenen Mitglieder ist nach Ablauf der drei Jahre möglich. Vertretungslösungen werden aus Gründen der Kontinuität grundsätzlich nicht vorgesehen.

## **§ 19 Datenschutz und Schweigepflicht**

(1) Bei der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in zugelassenen Krankenhäusern sind die Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Datenschutz einzuhalten. Zu erfassende Daten von Personen, die in der ärztlichen/pflegerischen Versorgung tätig werden, oder von Patientinnen oder Patienten dürfen nur im Bereich der oder des jeweils Verantwortlichen erhoben und dokumentiert werden. Dies gilt nicht für die patientenidentifizierenden Daten in den Leistungsbereichen nach § 6 Abs. 4. Personenbezogene Angaben oder nur auf einzelne Krankenhäuser bezogene Angaben dürfen an unbefugte Dritte nicht weitergegeben werden. Alle vom Umgang mit den Daten zur Qualitätssicherung betroffenen Stellen und Personen sind auf ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit und vertraulichen Behandlung der Daten hinzuweisen und entsprechend zu belehren. Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses übermittelt die Institution nach § 137a SGB V oder die auf Landesebene beauftragte Stelle die für Rechenmodelle zur Festlegung von Schwellenwerten für Mindestmengen nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V gemäß Beschluss erforderlichen Daten an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

(2) Die Institution nach § 137a SGB V und die auf Landesebene beauftragten Stellen gewährleisten die datenschutzrechtlich einwandfreie Durchführung der Erfassung, Speicherung, Auswertung und Weiterleitung der Daten. Auswertungsstellen auf der Bundesebene und auf der Landesebene unterstehen nicht der Weisung einzelner oder mehrerer Mitglieder der Lenkungsorgane oder einzelner Personen in ihrer Eigenschaft als Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses oder seiner Untergliederungen.

(3) Bei der Durchführung der indirekten Qualitätssicherungsmaßnahmen muss eine Identifikation einzelner Krankenhäuser auf Ebene der Arbeitsgruppen auf Landesebene grundsätzlich möglich sein. In den Lenkungsorgane auf Landesebene dürfen einzelne Krankenhäuser erst dann gemäß § 13 Abs. 3 identifiziert werden, wenn die vereinbarten Rückkopplungs- und Beratungsmechanismen nach § 8 bis § 12 durchgeführt wurden. Die Lenkungsorgane auf Landesebene bzw. einzelne Mitglieder dürfen den Arbeitsgruppen keine Zielaufträge in der Art erteilen, dass Kenntnisse, die sich aus der Einsicht in

Patientenakten ergeben, dem Lenkungsgremium oder einzelnen Mitgliedern personenbezogen zugänglich gemacht werden.

(4) Im Gemeinsamen Bundesausschuss und in seinen Untergliederungen dürfen einzelne Krankenhäuser bei indirekten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht identifiziert werden. Abweichendes gilt bei direkten Qualitätssicherungsmaßnahmen oder wenn auf Landesebene die notwendigen Strukturen nicht vorgehalten werden und bei Anwendung von § 13 Abs. 3.

## **D. Finanzierung**

### **§ 20 Leistungsvergütung**

Die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgt ausschließlich über die Leistungsvergütungen. Diese Aufgabe kann nur in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen der Qualitätssicherung auf Landesebene erfüllt werden. Regelungen zur Finanzierung von ergänzenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V bleiben hiervon unberührt.

### **§ 21 Qualitätssicherungszuschläge**

(1) Die beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 Abs. 1 SGB V werden über einen Zuschlag auf jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall finanziert. Der Zuschlag ist gesondert, in der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Hinsichtlich der Rechnungslegung und des Einzugs gelten die Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V bzw. der jeweiligen Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) i.V.m. § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

(2) Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

(3) Der Zuschlag setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, für die jeweils gesonderte Beträge vereinbart werden:

a) Zuschlagsanteil Krankenhaus (für die interne Dokumentation im Krankenhaus)

b) Zuschlagsanteil Land (für die Aufwendungen auf Landesebene).

(4) Die Höhe des Zuschlagsanteils Land wird auf Landesebene vereinbart. Bei deren Festlegung sind die Aufgaben auf Landesebene zu berücksichtigen.

(5) Soweit auf Landesebene keine Geschäftsstelle die Aufgaben der Landesebene wahrnimmt, werden sie von einer vom G-BA bestimmten Stelle übernommen. Diese erhält eine angemessene Finanzierung.

(6) Die nach dem KHG, KHEntgG und der BPfIV zuständigen Vertragsparteien vereinbaren die Höhe der Zuschlagsanteile Krankenhaus und veröffentlichen diese in geeigneter Weise.

## § 22 Zahlung

(1) Die Qualitätssicherungszuschläge nach § 21 Abs. 3 werden mit jedem vollstationären Krankenhausfall vom Krankenhaus zusätzlich in Rechnung gestellt und von den entsprechenden Kostenträgern bezahlt. Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

(2) Das Krankenhaus

- behält von den erhaltenen Zuschlägen den vereinbarten Zuschlagsanteil Krankenhaus ein,
- führt den Zuschlagsanteil Land an die von der Landesebene beauftragte Stelle ab.

Ist eine von der Landesebene beauftragte Stelle nicht eingerichtet, führt das Krankenhaus den Zuschlagsanteil Land für die Übernahme von Aufgaben der Landesebene gemäß § 21 Abs. 5 an den G-BA ab, der diesen zur Finanzierung der entsprechenden Aufgaben einsetzt.

(3) Für das Krankenhaus ergeben sich die abzuführenden Beträge für das Jahr aus den für das laufende Jahr vereinbarten vollstationären Krankenhausfällen multipliziert mit dem jeweiligen Zuschlagsanteil Land gemäß § 21 Abs. 3. Bei Fehlen einer Vereinbarung für das laufende Jahr werden die letzten Vereinbarungszahlen aus Vorjahren als Berechnungsgrundlage herangezogen.

(4) Das Krankenhaus übermittelt der von der Landesebene beauftragten Stelle die Zahl der jeweils vereinbarten vollstationären Krankenhausfälle.

(5) Das Krankenhaus überweist jeweils bis zum 15. April und bis zum 15. Oktober eines Jahres die Hälfte der nach Absatz 3 abzuführenden Zuschlagssumme eines Jahres an die empfangende Stelle.

## § 23 Nachweise

(1) In den Verhandlungen nach § 11 KHEntgG für das Folgejahr ist von den Krankenhäusern die erfolgte Abführung des Zuschlagsanteils Land nachzuweisen.

(2) Das Krankenhaus erstellt leistungsbezogen eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. Diese Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form und als Ausdruck der von der Landesebene beauftragten Stelle übermittelt. Das Krankenhaus legt die Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze mit einer Erklärung zur Richtigkeit der übermittelten Daten (Konformitätserklärung) vor, die von einer oder einem Vertretungsberechtigten des Krankenhauses zu unterzeichnen ist.

(3) Das Krankenhaus übermittelt die Aufstellung und Konformitätserklärung nach Absatz 2 bis zum 28. Februar des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres. Die übermittelten Aufstellungen in elektronischer Form der Krankenhäuser werden von der auf Landesebene beauftragten Stelle an die Institution nach § 137a SGB V übermittelt. Die auf Landesebene beauftragte Stelle nimmt die Übermittlung der ihr vorliegenden Aufstellungen in elektronischer Form der Krankenhäuser unverzüglich nach dem in Satz 1 genannten Stichtag sowie nach Ablauf einer ggf. erfolgten Fristsetzung gemäß § 24 Abs. 1 Satz 4 vor. Bei Bedarf übersendet die auf Landesebene beauftragte Stelle der Institution nach § 137a SGB V ebenso eine Kopie der Aufstellung als Ausdruck mit der Konformitätserklärung als pdf-Dokument. Die auf Landesebene beauftragte Stelle informiert die Institution nach § 137a SGB V über das Nichtvorliegen einer Konformitätserklärung.

(4) Die von der Landesebene beauftragte Stelle erteilt dem Krankenhaus bis zum 30. April des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres eine Bescheinigung über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß § 4 dieser

Richtlinie. In dieser Bescheinigung ist zu vermerken, ob das Krankenhaus seinen Berichtspflichten sowie seiner Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 2 fristgerecht nachgekommen ist. Das Krankenhaus legt diese Bescheinigung den Vertragsparteien der örtlichen Pflegesatzverhandlungen zusammen mit den tatsächlichen Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) vor.

(5) Für direkte Verfahren übermittelt die Institution nach § 137a SGB V den auf Landesebene beauftragten Stellen die für die Ausstellung der Bescheinigung erforderlichen Angaben. Die an das Krankenhaus übermittelte Bescheinigung nach Absatz 4 ist zeitgleich der Institution nach § 137a SGB V zu übersenden.

## **§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche**

(1) Für nicht dokumentierte aber dokumentationspflichtige Datensätze sind vom Krankenhaus Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu zahlen. Die Dokumentationsrate [dokumentierte Datensätze (Ist)/zu dokumentierende Datensätze (Soll)] wird für jeden Leistungsbereich des Krankenhauses gesondert berechnet. Bei einer Dokumentationsrate eines Leistungsbereiches von unter 95 Prozent wird ein Abschlag für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150,00 Euro festgelegt. Die herzchirurgischen Leistungsbereiche 2, 17 und 19 nach Anlage 1 werden als ein Leistungsbereich gezählt. Erfüllt ein Krankenhaus seine Pflicht zur Abgabe der Konformitätserklärung nach § 23 Abs. 2 nicht fristgerecht, ist es von der auf Landesebene beauftragten Stelle unter Setzung einer vierwöchigen Frist zu ermahnen. Sind die Pflichten auch nach Ablauf dieser zweiten Frist nicht erfüllt, ergeht ein Abschlag von 6000 €. Der Abschlag nach Satz 3 bleibt dadurch unberührt. Die Krankenhäuser sind auf die Möglichkeit von Abschlägen hinzuweisen.

(2) Der nach Absatz 1 ermittelte gesamte Ausgleichs- und Abschlagsbetrag wird spätestens im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum verrechnet.

## Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2012

Im Erfassungsjahr 2012 sind folgende Leistungsbereiche verpflichtend zu dokumentieren:

	Leistungsbereich	Verfahren	
		direkt	indirekt
1	Ambulant erworbene Pneumonie		x
2	Aortenklappenchirurgie, isoliert	x	
3	Cholezystektomie		x
4	Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
5	Geburtshilfe		x
6	Gynäkologische Operationen		x
7	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		x
8	Herzschrittmacher-Implantation		x
9	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation		x
10	Herztransplantation	x	
11	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation		x
12	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel		x
13	Hüftgelenknahe Femurfraktur		x
14	Karotis-Revaskularisation		x
15	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation		x
16	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel		x
17	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	x	
18	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)		x
19	Koronarchirurgie, isoliert	x	
20	Mammachirurgie		x
21	Lebertransplantation	x	
22	Leberlebendspende	x	
23	Nierentransplantation	x	
24	Nierenlebendspende	x	
25	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	x	
26	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	x	
27	Neonatologie		x

28	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation		x
29	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel		x
30	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation		x

Die spezifische Darstellung der einbezogenen Leistungen ist definiert durch die Listen der Ein- und/oder Ausschlusskriterien in der Spezifikation für QS-Filter-Software. Die spezifische Darstellung der Dokumentationsinhalte ist definiert durch die Anforderungen der Spezifikation für QS-Dokumentationssoftware. Diese werden durch den G-BA beschlossen und in der jeweils geltenden Fassung durch die Institution nach § 137a SGB V auf ihrer Homepage im Internet öffentlich bekannt gemacht.

Die Dokumentationspflicht für den Generalindikator Dekubitusprophylaxe wird auf die Monate Januar bis einschließlich März und auf die Fälle ab 75 Jahre eingeschränkt.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## **Anlage 2      Verfahren mit Follow-up im Erfassungsjahr 2012**

### **Allgemeines**

Aufgrund des durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) neu eingeführten § 299 SGB V können unter bestimmten Voraussetzungen Daten von Versicherten für Zwecke der Qualitätssicherung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dies ermöglicht eine Fallzusammenführung und damit eine Betrachtung im Zeitablauf (Follow-up), um beispielsweise qualitätssichernde Maßnahmen in ausgewählten Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung über den Zeitraum eines stationären Aufenthaltes hinaus einleiten zu können. Die Regelungen der Anlage 2 dienen der Erprobung von Strukturen für eine längsschnittliche Datenerhebung und -zusammenführung, insbesondere unter Einsatz eines Pseudonymisierungsverfahrens, und leisten so einen Beitrag zur Umsetzung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des § 137 SGB V.

### **§ 1      Geltungsbereich und Zweck**

Für die Leistungsbereiche Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (11), Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (12), Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (15), Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (16) sowie Geburtshilfe (5) und Neonatologie (27) der Anlage 1 gelten zusätzlich für das Erfassungsjahr 2012 die Regelungen der Anlage 2, die in einer ersten Stufe neben der Erhebung der Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) auch eine Erhebung patientenidentifizierender Daten für die genannten Leistungsbereiche im Krankenhaus vorsehen. Bei übereinstimmenden patientenidentifizierenden Daten werden die Datensätze der Leistungsbereiche 11 und 12, 15 und 16 sowie 5 und 27 der Anlage 1 jeweils testweise zusammengeführt. Dieser Test dient zur Überprüfung einer grundsätzlichen technischen und inhaltlichen Machbarkeit der längsschnittlichen zukünftigen Qualitätsdatenzusammenführung.

### **§ 2      Verfahren im Krankenhaus**

(1) Für die Leistungsbereiche 11, 12, 15, 16 sowie 5 und 27 der Anlage 1 sind seit dem Erfassungsjahr 2011 auch patientenidentifizierende Daten zu erfassen. Dies ist Bestandteil der jeweils im Juni des Vorjahres veröffentlichten Spezifikation zur Dokumentation. Als patientenidentifizierende Daten sind zu dokumentieren:

1. Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
2. Versichertennummer der Krankenversichertenkarte nach § 291 Abs. 2 Nr. 6 SGB V
3. Art der Versicherung (GKV-versichert oder nicht)
4. Sofern vorhanden: Lebenslange Versichertennummer (z. B. der elektronischen Gesundheitskarte eGK)

Die Felder 2 und 4 sind alternativ anzugeben.

(2) In den genannten Leistungsbereichen werden, parallel zum üblichen Verfahren, Testdatensätze (patientenidentifizierende Daten und QS-Daten) erzeugt. Diese werden, solange die Regelungen der Anlage 2 gelten, nach den im Folgenden dargestellten Regelungen verschickt.

(3) Der Testdatensatz (patientenidentifizierende Daten und QS-Daten) verbleibt bis zur Schaffung der Voraussetzungen in Absatz 4 zunächst im Krankenhaus. Das in der Richtlinie

geregelte Datenflussverfahren bleibt hiervon unberührt, d. h. die QS-Daten der genannten Leistungsbereiche werden im üblichen Verfahren verschickt.

(4) Nach Information der Vertrauensstelle an die auf Landesebene beauftragten Stellen über die Verfügbarkeit des öffentlichen Schlüssels der Vertrauensstelle informieren diese die Krankenhäuser. Das Krankenhaus ruft den gültigen öffentlichen Schlüssel bei der Vertrauensstelle ab, verschlüsselt mit diesem die patientenidentifizierenden Daten des Testdatensatzes und verschickt den gesamten Testdatensatz (QS-Daten und verschlüsselte patientenidentifizierende Daten) zusätzlich zum Datenfluss des Routineverfahrens für die Datensätze eines Jahres entsprechend den dort vereinbarten Fristen an die jeweilige auf Landesebene beauftragte Stelle. Falls der öffentliche Schlüssel bis zum 15.01.2012 nicht zur Verfügung steht, erfolgt die Lieferung innerhalb von sechs Wochen, nachdem die Vertrauensstelle die auf Landesebene beauftragten Stellen über die Verfügbarkeit des öffentlichen Schlüssels informiert hat. Die auf Landesebene beauftragte Stelle erhält keinen Einblick in den verschlüsselten Teildatensatz mit den patientenidentifizierenden Daten.

### **§ 3 Verfahren in der auf Landesebene beauftragten Stelle**

(1) Die auf Landesebene beauftragte Stelle erstellt – wie im üblichen Verfahren nach der Richtlinie – für das die QS-Daten liefernde Krankenhaus ein Pseudonym. Die auf Landesebene beauftragte Stelle verschlüsselt die QS-Daten mit dem öffentlichen Schlüssel der Institution nach § 137a SGB V und übermittelt den Testdatensatz (QS-Daten mit Krankenhauspseudonym und verschlüsselte patientenidentifizierende Daten) an die Vertrauensstelle.

(2) Die auf Landesebene beauftragte Stelle löscht unverzüglich nach erfolgreicher Übermittlung an die Vertrauensstelle alle Testdatensätze.

(3) Die auf Landesebene beauftragten Stellen unterstützen die Institution nach § 137a SGB V bei der Fehleranalyse, insbesondere dann, wenn dazu Kontakt mit den Krankenhäusern erforderlich sein sollte.

### **§ 4 Verfahren in der Vertrauensstelle**

(1) Die Vertrauensstelle muss den Anforderungen nach § 299 Abs. 2 SGB V genügen.

(2) Die Vertrauensstelle entschlüsselt die patientenidentifizierenden Daten mittels des nur ihr bekannten privaten Schlüssels und erzeugt daraus jeweils für die Leistungsbereiche 11 und 12, 15 und 16 sowie 5 und 27 der Anlage 1 unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik ein Patientenpseudonym.

(3) Die Vertrauensstelle kann und darf nur die patientenidentifizierenden Datenfelder entschlüsseln.

(4) Die Vertrauensstelle übermittelt neben dem Patientenpseudonym nach Abs. 2 alle von der auf Landesebene beauftragten Stelle verschlüsselt erhaltenen Daten – mit Ausnahme der verschlüsselten, patientenidentifizierenden Daten – weiter an die Institution nach § 137a SGB V.

(5) Sie löscht unverzüglich nach der erfolgreichen Übermittlung an die Institution nach § 137a SGB V die Testdatensätze.

## **§ 5 Verfahren in der Institution nach § 137a SGB V**

- (1) Die Institution nach § 137a SGB V nimmt die Testdatensätze nach § 4 Abs. 4 entgegen.
- (2) Die Institution nach § 137a SGB V führt die Testdatensätze anhand von identischen Patientenpseudonymen zusammen. Sie nimmt dabei einen Abgleich der Datenbestände des aktuellen Jahres und der Vorjahre in den genannten Leistungsbereichen vor.
- (3) Die Institution nach § 137a SGB V wertet die Testdaten technisch aus und überprüft sie auf Plausibilität.
- (4) Die Institution nach § 137a SGB V informiert den Gemeinsamen Bundesausschuss zusammenfassend über die Anzahl der passend zusammengeführten Datensätze in den Leistungsbereichen 11 und 12, den Leistungsbereichen 15 und 16 und den Leistungsbereichen 5 und 27 sowie über die mit dem Testverfahren zusammenhängenden Auffälligkeiten.

## **§ 6 Anforderungen an die auf Landesebene beauftragten Stellen**

Die auf Landesebene beauftragten Stellen müssen insbesondere die Einhaltung des Datenschutzes nach § 299 SGB V gewährleisten. Dies umfasst insbesondere, dass die Krankenkassen oder deren jeweilige Verbände keine Kenntnis von Sozialdaten erlangen, die über den Umfang der ihnen nach §§ 295, 300, 301, 301a, 302 SGB V übermittelten Daten hinausgehen.

## **§ 7 Qualifizierte Patienteninformation**

Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten etwa anhand der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung gestellten Merkblätter in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des sie betreffenden Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. Dies umfasst eine Information über die zu erhebenden Daten, die erhebenden und verarbeitenden Stellen sowie die Verwendung der Daten und den weiteren Umgang mit ihnen. Patientinnen und Patienten erhalten auch Hinweise auf patientenrelevante Informationsquellen unter Berücksichtigung von Empfehlungen der maßgeblichen Organisation nach § 140f SGB V.

## **§ 8 Begründung der Vollerhebung**

- (1) In den Leistungsbereichen der Anlage 1 dieser Richtlinie werden die Daten aller Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern erfasst, die von einer entsprechenden Behandlung/Prozedur betroffen sind. Die Regelungen der Anlage 2 erfolgen zusätzlich zu den bestehenden Regelungen dieser Richtlinie. Sie ergänzen die weiterhin durchgeführten Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung. Aus methodischen Gründen ist daher eine Veränderung des Datenerhebungsmodells – hier der Vollerhebung – im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens mit Follow-up nicht zulässig.
- (2) Da der Zeitpunkt einer Folgeleistung sowie die Einrichtung, in der eine Folgeleistung durchgeführt wird, nicht vorhersehbar ist, kann nur durch eine Vollerhebung aller Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Leistungsbereichen gewährleistet werden, dass die personenbezogene Zusammenführung der Erstleistung mit der Folgeleistung möglich ist.

## Anhang zur Anlage 2

**Tabelle 1: Datenfelder des Leistungsbereichs Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Zeile	Bezeichnung
1	Von Versichertenkarte eingelesene PID-Daten sind in QS-Software verfügbar
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
6	Institutionskennzeichen
7	Betriebsstätten-Nummer
8	Fachabteilung
9	Identifikationsnummer des Patienten
10	Geburtsdatum
11	Geschlecht
12	Aufnahmedatum Krankenhaus
13	Schmerzen
14	Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah
15	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt
16	Extension/Flexion 1
17	Extension/Flexion 2
18	Extension/Flexion 3
19	Ab-/Adduktion 1
20	Ab-/Adduktion 2
21	Ab-/Adduktion 3
22	Außen-/Innenrotation 1
23	Außen-/Innenrotation 2
24	Außen-/Innenrotation 3
25	Osteophyten
26	Gelenkspalt
27	Sklerose
28	Deformierung

Zeile	Bezeichnung
29	Einstufung nach ASA-Klassifikation
30	Wundkontaminationsklassifikation
31	OP-Datum
32	Operation
33	Dauer des Eingriffs
34	perioperative Antibiotikaphylaxe
35	postoperatives Röntgenbild a/p
36	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein
37	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)
38	Implantatfehlage
39	Implantatdislokation
40	Endoprothesenluxation
41	Wundhämatom/Nachblutung
42	Gefäßläsion
43	Nervenschaden
44	Fraktur
45	Sonstige
46	postoperative Wundinfektion
47	CDC-Klassifikation
48	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich
49	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)
50	Pneumonie
51	kardiovaskuläre Komplikation(en)
52	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
53	Lungenembolie
54	Sonstige
55	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt
56	Extension/Flexion 1
57	Extension/Flexion 2
58	Extension/Flexion 3
59	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
60	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?

Zeile	Bezeichnung
61	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich
62	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?
63	Entlassungsdatum Krankenhaus
64	Entlassungsdiagnose(n)
65	Entlassungsgrund

**Tabelle 2: Datenfelder des Leistungsbereichs Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Zeile	Bezeichnung
1	Von Versichertenkarte eingelesene PID-Daten sind in QS-Software verfügbar
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
6	Institutionskennzeichen
7	Betriebsstätten-Nummer
8	Fachabteilung
9	Identifikationsnummer des Patienten
10	Geburtsdatum
11	Geschlecht
12	Aufnahmedatum Krankenhaus
13	Simultaneingriff an der kontralateralen Seite
14	Schmerzen
15	Entzündungszeichen im Labor
16	Gelenkpunktion
17	Erregernachweis
18	Implantatwanderung/-versagen/-verschleiß
19	Lockerung Pfannen-Komponente
20	Lockerung Schaft-Komponente
21	Substanzverluste Pfanne
22	Substanzverluste Femur

Zeile	Bezeichnung
23	periprothetische Fraktur
24	(rezidivierende) Prothesen(sub)luxation
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation
26	Wundkontaminationsklassifikation
27	OP-Datum
28	Operation
29	Zweizeitiger Wechsel
30	Dauer des Eingriffs
31	perioperative Antibiotikaphylaxe
32	postoperatives Röntgenbild a/p
33	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein
34	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)
35	Implantatfehlage
36	Implantatdislokation
37	Endoprothesenluxation
38	Wundhämatom/Nachblutung
39	Gefäßläsion
40	Nervenschaden
41	Fraktur
42	sonstige
43	postoperative Wundinfektion
44	CDC-Klassifikation
45	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich
46	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)
47	Pneumonie
48	kardiovaskuläre Komplikation(en)
49	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
50	Lungenembolie
51	sonstige
52	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
53	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?
54	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich

Zeile	Bezeichnung
55	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?
56	Entlassungsdatum Krankenhaus
57	Entlassungsdiagnose(n)
58	Entlassungsgrund

**Tabelle 3: Datenfelder des Leistungsbereichs Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Zeile	Bezeichnung
1	Von Versichertenkarte eingelesene PID-Daten sind in QS-Software verfügbar
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
6	Institutionskennzeichen
7	Betriebsstätten-Nummer
8	Fachabteilung
9	Identifikationsnummer des Patienten
10	Geburtsdatum
11	Geschlecht
12	Aufnahmedatum Krankenhaus
13	Simultaneingriff an der kontralateralen Seite
14	Schmerzen
15	Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah
16	Osteophyten
17	Gelenkspalt
18	Sklerose
19	Deformierung
20	Einstufung nach ASA-Klassifikation
21	Wundkontaminationsklassifikation
22	OP-Datum
23	Operation

Zeile	Bezeichnung
24	Dauer des Eingriffs
25	perioperative Antibiotikaphylaxe
26	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen
27	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)
28	Implantatfehlage
29	Implantatdislokation
30	Patellafehlstellung
31	Wundhämatom/Nachblutung
32	Gefäßläsion
33	Nervenschaden
34	Fraktur
35	sonstige
36	postoperative Wundinfektion
37	CDC-Klassifikation
38	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich
39	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)
40	Pneumonie
41	kardiovaskuläre Komplikation(en)
42	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
43	Lungenembolie
44	sonstige
45	Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt
46	Extension/Flexion 1
47	Extension/Flexion 2
48	Extension/Flexion 3
49	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
50	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?
51	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich
52	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?
53	Entlassungsdatum Krankenhaus
54	Entlassungsdiagnose(n)
55	Entlassungsgrund

**Tabelle 4: Datenfelder des Leistungsbereichs Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Zeile	Bezeichnung
1	Von Versichertenkarte eingelesene PID-Daten sind in QS-Software verfügbar
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
6	Institutionskennzeichen
7	Betriebsstätten-Nummer
8	Fachabteilung
9	Identifikationsnummer des Patienten
10	Geburtsdatum
11	Geschlecht
12	Aufnahmedatum Krankenhaus
13	Simultaneingriff an der kontralateralen Seite
14	Schmerzen
15	Entzündungszeichen im Labor
16	Gelenkpunktion
17	Erregernachweis
18	Implantatwanderung/-versagen
19	Lockerung Femur-Komponente
20	Lockerung Tibia-Komponente
21	Lockerung Patella-Komponente
22	Substanzverlust Femur
23	Substanzverlust Tibia
24	Verschleiß der Gleitfläche
25	periprothetische Fraktur
26	Prothesen(sub)luxation
27	Instabilität im Kniegelenk
28	Zunahme der Arthrose
29	Einstufung nach ASA-Klassifikation
30	Wundkontaminationsklassifikation

Zeile	Bezeichnung
31	OP-Datum
32	Operation
33	Zweizeitiger Wechsel
34	Dauer des Eingriffs
35	perioperative Antibiotikaphylaxe
36	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen
37	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)
38	Implantatfehlage
39	Implantatdislokation
40	Patellafehlstellung
41	Wundhämatom/Nachblutung
42	Gefäßläsion
43	Nervenschaden
44	Fraktur
45	sonstige
46	postoperative Wundinfektion
47	CDC-Klassifikation
48	Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich
49	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)
50	Pneumonie
51	kardiovaskuläre Komplikation(en)
52	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
53	Lungenembolie
54	sonstige
55	selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich
56	War der Patient präoperativ selbstständig gehfähig?
57	selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich
58	War der Patient präoperativ selbstständig in der täglichen Hygiene?
59	Entlassungsdatum Krankenhaus
60	Entlassungsdiagnose(n)
61	Entlassungsgrund

**Tabelle 5: Datenfelder des Leistungsbereichs Geburtshilfe**

Zeile	Bezeichnung
1	PID-Daten von Versichertenkarte der Mutter eingelesen und in QS-Software verfügbar
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
3	Versichertennummer der alten Versichertenkarte
4	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
6	Institutionskennzeichen Mutter
7	Betriebsstätten-Nummer Mutter
8	Fachabteilung Mutter
9	Identifikationsnummer des Patienten Mutter
10	Kliniknummer Mutter
11	Geburtsnummer
12	Anzahl Mehrlinge
13	Geburtsdatum der Schwangeren
14	Aufnahmedatum
15	Aufnahmediagnose Mutter
16	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit
17	Vorstationäre Behandlung
18	Nachstationäre Behandlung
19	5-stellige PLZ des Wohnortes
20	Herkunftsland: Deutschland
21	Anderes Land
22	Mutter alleinstehend ohne festen Partner
23	Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft
24	Tätigkeit der Mutter
25	Anzahl vorausgegangene Schwangerschaften
26	Anzahl Lebendgeburten
27	Anzahl Totgeburten
28	Anzahl Aborte
29	Anzahl Abbrüche
30	Anzahl EU

Zeile	Bezeichnung
31	Anzahl Zigaretten pro Tag nach bekannt werden der Schwangerschaft
32	Schwangere während Ss. einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt
33	Ss. im Mutterpass als Risiko-Ss. dokumentiert
34	Schwangerschafts-Risiken
35	Schwangerschafts-Risiko
36	gesamter stationärer Klinikaufenthalt während der Ss. ohne zur Geburt führender Aufenthalt in Tagen
37	Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend
38	Indikation für stat. Aufenthalt
39	SSW der Erst-Untersuchung
40	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung
41	SSW der ersten Ultraschall-Untersuchung
42	Gesamtzahl Ultraschall-Untersuchungen
43	Körpergewicht bei Erstuntersuchung
44	Letztes Gewicht vor Geburt
45	Körpergröße
46	Chorionzottenbiopsie
47	Amniozentese bis unter 22+0 Wochen
48	Wehen-Belastungstest
49	Dopplersonographie durchgeführt
50	Indikation für Dopplersonographie
51	Pathologischer Dopplerbefund
52	pathologischer Befund bei Risiko
53	Zustand nach Konisation
54	Zervixverschluss-OP
55	Tokolyse i.v.
56	Dauer der i.v. Tokolyse
57	Tokolyse oral
58	Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin
59	Tragzeit nach klinischem Befund
60	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen
61	Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung
62	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung gesichert/Verdacht auf

Zeile	Bezeichnung
63	SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung
64	Aufnahmeart
65	Muttermundsweite bei Aufnahme
66	Lungenreifebehandlung
67	Lungenreifebehandlung: zuletzt am
68	Aufnahme-CTG
69	Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung durchgeführt
70	Indikation für Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung
71	Pathologischer Dopplerbefund
72	Geburtsrisiken
73	Geburtsrisiko
74	Medikamentöse Zervixreifung
75	Geburtseinleitung
76	Indikation zur Geburtseinleitung
77	Geburtseinleitung medikamentös
78	Geburtseinleitung mit Amniotomie
79	Wehenmittel s. p.
80	Tokolyse s. p.
81	Analgetika
82	Akupunktur
83	alternative Analgesien
84	Episiotomie
85	Plazentalösungsstörung
86	Dammriss
87	andere Weichteilverletzungen
88	Zervixriss als Weichteilverletzung
89	Scheidenriss als Weichteilverletzung
90	Labien-/Klitorisriss als Weichteilverletzung
91	parakolpisches Hämatom als Weichteilverletzung
92	Blutung > 1000 ml
93	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht
94	Hysterektomie/Laparotomie

Zeile	Bezeichnung
95	Eklampsie
96	Sepsis
97	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.
98	Anämie Hb < 10 g/dl
99	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen
100	Pneumonie
101	kardiovaskuläre Komplikation(en)
102	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
103	Lungenembolie
104	Harnwegsinfektion
105	Wundinfektion/Abszessbildung
106	Wundhämatom/Nachblutung
107	sonstige Komplikation
108	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter
109	Weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter
110	Entlassungsgrund Mutter
111	Entlassungsdatum Mutter
112	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt
113	lfd. Nr. des Mehrlings
114	Blasensprung vor Wehenbeginn
115	Datum des vorzeitigen Blasensprungs
116	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs
117	Zeitpunkt des Blasensprungs nicht bekannt
118	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung
119	Beginn der Antibiotika-Gabe
120	CTG-Kontrolle
121	externes CTG
122	internes CTG
123	Blutgasanalyse Fetalblut
124	Base Excess der Fetalblutanalyse
125	pH-Wert der Fetalblutanalyse
126	Lage

Zeile	Bezeichnung
127	Entbindungsposition zum Zeitpunkt der Geburt
128	Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen
129	Aktive Pressperiode
130	Anästhesien
131	Allgemeinanästhesie
132	Pudendusnästhesie
133	sonstige Anästhesie
134	Epi-/Periduralanästhesie
135	Spinalanästhesie
136	Entbindungsmodus
137	Indikation zur operativen Entbindung
138	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea
139	Perioperative Antibiotikaprophylaxe (Mutter) bei Kaiserschnitt-Entbindung
140	OP-Pflegekraft bei Sectio caesarea
141	Notsektio
142	Hauptindikation bei Notsektio
143	E-E-Zeit bei Notsektio
144	Hebamme
145	Identifikations-Kodierung der Hebamme
146	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
147	Identifikations-Kodierung des Facharztes
148	Assistent in Facharzt-Weiterbildung
149	Identifikations-Kodierung des Assistenten
150	Pädiater vor Kindsgeburt eingetroffen
151	Identifikations-Kodierung des Pädiateers
152	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen
153	Identifikations-Kodierung des Pädiateers
154	Geburtsdatum des Kindes
155	Uhrzeit der Geburt
156	Geburtsdiagnose Kind
157	weitere kombinierte Geburtsdiagnose Kind
158	Geschlecht des Kindes

Zeile	Bezeichnung
159	APGAR
160	APGAR
161	APGAR
162	Gewicht des Kindes
163	Länge des Kindes
164	Kopfumfang des Kindes
165	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie
166	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie
167	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie
168	Pulsoxymetrie
169	Intubation
170	Volumensubstitution
171	Pufferung
172	Maskenbeatmung
173	O2-Anreicherung
174	U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung
175	Fehlbildung vorhanden
176	Fehlbildung pränatal diagnostiziert
177	Diagnose Morbidität des Kindes
178	Totgeburt
179	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt
180	Todeszeitpunkt bei Totgeburt
181	Kind in Kinderklinik verlegt
182	Kinderkliniknummer bei Verlegung des Kindes
183	Fachabteilung der Kinderklinik bei Verlegung des Kindes
184	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind
185	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind
186	Endgültige Entlassung aus / Tod in / stationär in
187	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind
188	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind
189	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage
190	Todesursache des lebendgeborenen Kindes

Zeile	Bezeichnung
191	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind
192	Uhrzeit des Todes - lebendgeborenes Kind

**Tabelle 6: Datenfelder des Leistungsbereichs Neonatologie**

Zeile	Bezeichnung
1	PID-Daten von Versicherungskarte der Mutter eingelesen und in QS-Software verfügbar
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versicherungskarte
3	Versichertennummer der alten Versicherungskarte
4	Versichertennummer der neuen Versicherungskarte (eGK)
5	Ist Patient(in) gesetzlich versichert?
6	Institutionskennzeichen
7	Betriebsstätten-Nummer
8	Fachabteilung
9	Identifikationsnummer des Kindes
10	Geschlecht
11	Mehrlingsgeburt
12	Anzahl Mehrlinge
13	laufende Nummer des Mehrlings
14	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin
15	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)
16	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)
17	Geburtsdatum des Kindes
18	Uhrzeit der Geburt
19	Gewicht des Kindes bei Geburt
20	Wo wurde das Kind geboren?
21	Transport zur Neonatologie
22	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter von 22+0 bis 23+6 Wochen
23	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)
24	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)
25	Aufnahmedatum in pädiatrische Fachabteilung

Zeile	Bezeichnung
26	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Fachabteilung)
27	Aufnahme ins Krankenhaus von
28	Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses
29	Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses
30	Fachabteilung des externen Krankenhauses
31	Gewicht bei Aufnahme
32	Kopfumfang bei Aufnahme
33	Körpertemperatur bei Aufnahme
34	Fehlbildungen
35	größtes Basendefizit
36	Max. FiO2
37	Min. FiO2
38	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden
39	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie
40	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
41	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden
42	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)
43	ROP-Status bei Aufnahme
44	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 15 Minuten)
45	Beginn
46	endgültige Beendigung
47	Beatmung (von mehr als 15 Minuten) durchgeführt
48	Beginn
49	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung
50	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe
51	Pneumothorax
52	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
53	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)
54	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)
55	Krampfanfälle
56	Bewusstseinslage
57	Muskeltonus

Zeile	Bezeichnung
58	Saugreflex
59	Mororeaktion
60	erstes (a)EEG
61	Befund
62	Sepsis/SIRS
63	Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt
64	Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt
65	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt
66	Pneumonie
67	Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt
68	Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt
69	Antibiotikatherapie, systemisch
70	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) (Stadium II oder III)
71	Neugeborenen-Hörscreening
72	Operation(en) während des aktuellen stationären Aufenthaltes
73	OP einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)
74	OP einer NEC (nekrotisierende Enterokolitis)
75	Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en)
76	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum
77	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt
78	Körpergewicht bei Entlassung
79	Kopfumfang bei Entlassung
80	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf
81	Entlassungsgrund
82	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
83	Obduktion
84	Todesursache
85	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)