

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung in Teil 1 § 26 und Teil 2

Vom 19. Februar 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Februar 2015 beschlossen, die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL) in der Fassung vom 19. April 2010 (BAnz (2010), S. 3995), zuletzt geändert am 20. März 2014 (BAnz AT 17.06.2014 B2), wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. In Teil 1 wird nach § 25 folgender § 26 eingefügt:

„§ 26 Sektorenübergreifende Expertengremien auf Bundesebene

(1) Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren soll das Institut nach § 137a SGB V auf Bundesebene fach- bzw. themenspezifische Gremien, insbesondere mit Fachexperten aus dem vertragsärztlichen Bereich und den Krankenhäusern, einrichten. Hierbei werden auch bis zu jeweils zwei sachkundige Personen als Experten von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V mit einbezogen. Die von diesen Gremien erarbeiteten Empfehlungen fließen in die Arbeitsergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V ein. Zu spezifischen Fragestellungen können weitere Experten hinzugezogen werden.

(2) Diese Expertengremien sollen das Institut nach § 137a SGB V insbesondere zu folgenden Punkten beraten bzw. deren Aufgaben unterstützen:

- Medizinische Expertise für das Erfassen und Darstellen qualitätssicherungsrelevanter Sachverhalte
- Fachliche Expertise bei der Durchführung von Machbarkeitsprüfungen und Probetrieben von neuen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren
- Empfehlungen für die Festlegung und Anpassung von Rechenregeln und Referenzbereichen
- Pflege und Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren auf Basis der Ergebnisse der Datenauswertungen und Datenvalidierung sowie aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse

- Analyse potenzieller Datenquellen und Integration verschiedener Qualitätssicherungsinstrumente
- Analyse des Handlungsbedarfs zur Umsetzung von Qualitätsverbesserungen in der Versorgung
- Fragen der Abrechnung, Kodierpraxis und Datenverarbeitung in den jeweiligen Versorgungssektoren
- Beratung der Inhalte des Bundesqualitätsberichts gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie

(3) Die Grundsätze für die Einbeziehung der Fachexperten legt das Institut nach § 137a SGB V in seinem Methodenpapier fest.

(4) Die Zusammensetzung dieser Expertengremien und weitere organisatorische Vorgaben können in den Themenspezifischen Bestimmungen oder gesonderten Beschlüssen festgelegt werden.“

2. In Teil 2 wird die Richtlinie nach der Überschrift „Themenspezifische Bestimmungen“ gemäß **Anlage** zum Beschluss gefasst.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 19. Februar 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

„Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Abschnitt A: Allgemeines

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind Koronarangiographien und Perkutane Koronarinterventionen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Diese Herzkathetereingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS PCI“ genannt.

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

- Indikationsstellung des Indexeingriffs,
- Durchführung des Indexeingriffs sowie
- Komplikationen/unerwünschte Ereignisse

messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung des ambulant oder stationär erbrachten Indexeingriffs (sektorgleich).

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von Teil 1 § 1 Absatz 4 Nr. 2 der Richtlinie zugeordnet.

(3) Zur Beurteilung des Indexeingriffs werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). Dies sind im Einzelnen unerwünschte schwerwiegende kardiale oder zerebrovaskuläre Ereignisse (MACCE) und Sterblichkeit.

(4) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt.

Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden.

Insbesondere ist die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringer möglich sind, zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist bei ambulanter

Leistungserbringung das Eingriffsdatum, bei stationärer Leistungserbringung das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(6) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotentials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Zum 30. Juni 2023 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren mit dem Erfassungsjahr 2024 außer Kraft.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen Themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 4 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend Teil 1 § 3 Absatz 2 Satz 3 der Anlage der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

Abschnitt B: Erhebung, Weiterleitung, Prüfung und Auswertung der Daten

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

- den Leistungserbringern
- den Krankenkassen und
- (zu einem späteren Zeitpunkt) den Patienten in Form von Patientenbefragungen.

Die jeweiligen Daten sind der **Anlage II** zu entnehmen. Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. Die Datenerhebung bei den Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2016. Die zur Risikoadjustierung für Indexeingriffe aus dem Jahr 2016 erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenkassen können aus dem Jahr 2015 genutzt werden. Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen entsprechend § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2016.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung

durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der Themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der Themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 7 Datenprüfung

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

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringer Gültigkeit. Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen
- c) (zu einem späteren Zeitpunkt) Patientenbefragungen

Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8.

Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorjahres (sowohl Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up Indikatoren)

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

- (1) Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten
 - nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
 - Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,

die einen Indexeingriff erbracht haben.

Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- f) Auflistung der Fallnummern nach Teil 1 § 14 Abs. 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- g) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Vertragsärztlich tätige Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2017 auch nach Krankenhausstandorten differenziert sind. Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

- (3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

- (4) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren

Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 15. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften bewertet. Sie stellen die Notwendigkeit des Stellungnahmeverfahrens fest und empfehlen den Landesarbeitsgemeinschaften die Einleitung.

(2) Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. Es kann mehrstufig sein. Die Fachkommission empfiehlt Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Sätze 1 und 2 der Richtlinie und dessen Zeitrahmen. Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird durch die Fachkommissionen bewertet und der Landesarbeitsgemeinschaft werden weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie empfohlen sowie der Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Die Fachkommission schlägt der Landesarbeitsgemeinschaft ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. Folgt die Landesarbeitsgemeinschaft den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. Konnten die Auffälligkeiten (nach Teil 1 § 17 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie) im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaft den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die Landesarbeitsgemeinschaft die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

(3) Der G-BA wird innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nr. 9 der Richtlinie festlegen.

(4) Die Einleitung der Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.

(5) Bei dem Indikator OU192 (1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI) hat die Fachkommission bei ihrer Empfehlung an die Landesarbeitsgemeinschaft die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Das Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 2 der Richtlinie ist daher in dieser Form nicht umsetzbar. Das Verfahren der Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitung von QS-Maßnahmen wird für diesen Fall durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung festgelegt.

(6) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten des ersten Erfassungsjahres fest.

Abschnitt C: Durchführung von Maßnahmen/ Zuständigkeiten

§ 14 Fachkommissionen

(1) Die Landesarbeitsgemeinschaft oder mehrere Landesarbeitsgemeinschaften richten für die Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen nach Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie ein und geben ihnen eine Geschäftsordnung. Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

(2) Die Landesarbeitsgemeinschaft benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. Wiederbenennungen sind möglich.

(3) Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind mindestens je zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie eine Vertreterin oder Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist. Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein.

Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen.

Darüber hinaus soll die Fachkommission mit mindestens einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen als Mitglied besetzt sein.

Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 10 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Herzkranzgefäße.

(4) Die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften sollen gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Landesarbeitsgemeinschaft beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen übernehmen. Zur Förderung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Bewertung der Auswertungen und der Umsetzung bzw. Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens sollen bundeslandübergreifend alle Landesarbeitsgemeinschaften und ihre Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 12 Absatz 2 der Richtlinie zusammenarbeiten.

§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

(1) Datenlieferfristen für Qualitätssicherungs-Dokumentation

Die Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist zu übermitteln. Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung weiter, so dass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen.

(2) Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen

Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juni bis 15. Juni, 1. September bis 15. September, 1. Dezember bis 15. Dezember und 1. März bis 15. März. Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Korrekturzeiträume bis zum 30. Juni, 30. September, 31. Dezember und 31. März. Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. März mit Korrekturzeitraum bis zum 31. März bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 15. Juni zur Verfügung. Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen. Die

Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Landesarbeitsgemeinschaft zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 §19 der Richtlinie.

(3) Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstmals spätestens bis zum 30. Juni 2017 erstellt. Abweichend davon wird für das erste Berichtsjahr die Spezifikation vom Institut nach § 137a SGB V zum 30. September 2016 erstellt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

Abschnitt D: Dokumentation

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 zweiter Spiegelstrich der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2016 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. Für das Erfassungsjahr 2016 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

Anlage I: Indikatorenliste QS PCI

Indikationsstellung des Indexeingriffs	
1	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Indikator ID	P280_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der durchgeführten isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“, bei denen angiographisch normale KoronargefäÙe nachgewiesen wurden.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isolierte Koronarangiographie)
Indikator ID	P001a_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ oder „elektive Kontrolle nach Koronarintervention“ bei denen gesicherte oder fragliche, objektive (apparative), nicht-invasive Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests) vorlagen.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator

Durchführung des Indexeingriffs	
3	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI
Indikator ID	P176_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
4	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Indikator ID	P028a_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
5	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt
Indikator ID	P029
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen die „Door“-Zeit oder die „Balloon“-Zeit nicht erfasst wurde.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²
Indikator ID	S017
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien mit einem Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ² an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²

Indikator ID	S018a
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI mit einem Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Prozessindikator
8	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²
Indikator ID	S019a
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI mit einem Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Prozessindikator
9	Flächendosisprodukt unbekannt
Indikator ID	S020
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und Einzeitig-PCI, bei denen kein Flächendosisprodukt angegeben wurde.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Prozessindikator
10	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Indikator ID	S021
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der isolierten Koronarangiographien, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Prozessindikator
11	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Indikator ID	S022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der isolierten PCI, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Prozessindikator
12	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Indikator ID	S023
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Einzeitig-PCI, bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Der Anteil soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Prozessindikator
13	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI-Indikation ST-Hebungsinfarkt
Indikator ID	OU004a_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll hoch sein.
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
14	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikator ID	OU005
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll hoch sein.
Indikatorotyp	Ergebnisindikator

Komplikationen/unerwünschte Ereignisse	
15	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
Indikator ID	S032a_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige (Thrombininjektion, Transfusion oder chirurgische Intervention) Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	MACCE innerhalb von 7 Tagen – Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Indikator ID	OU006_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
17	MACCE innerhalb von 7 Tagen– Patienten mit PCI
Indikator ID	OU007a_1
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patienten, die eine PCI erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	MACCE innerhalb von 7 Tagen – Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Indikator ID	OU009a
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patienten, die eine Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI
Indikator ID	OU191a
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag nach PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Die Rate soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
20	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI
Indikator ID	OU192
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patienten bis zum 365. postprozeduralen Tag nach PCI.
Qualitätsziel	Die Rate soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten**Übersicht über die Exportfelder¹ und ihre Verwendungszwecke****a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer**

Laufende Nummer ²	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer	X			X
3	Versionsnummer				X
4	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
5	Modulbezeichnung				X
6	Teildatensatz oder Bogen				X
7	Dokumentationsabschlussdatum				X
8	Status des Leistungserbringers	X		X	X
9	Art der Leistungserbringung	X	X	X	X
10	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X	X
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ³	X		X	X
12	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ⁴	X	X		X
13	Institutionskennzeichen	X	X	X	
14	entlassender Standort	X	X	X	
15	Fachabteilung	X		X	
16	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	
17	Nebenbetriebsstättennummer ⁵	X		X	
18	lebenslange Arztnummer ⁶	X		X	
19	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸		X	X	

¹ Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Es existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Informationen exportiert werden: Es handelt sich um die einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten. Diese Information verbleibt beim Leistungserbringer und dient der Identifikation der Fälle im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen.

² Identisch benannte Felder werden nur einmal aufgelistet. Dadurch resultieren fehlende Nummern in dieser Spalte.

³ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

⁴ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

⁵ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

⁶ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

⁷ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer ²	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
21	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren ⁹		X	X	
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Aufnahmedatum (stationär)	X		X	
24	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X	
25	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
26	akutes Koronarsyndrom		X	X	X
27	stabile Angina pectoris		X	X	
28	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung)		X	X	
29	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
30	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
31	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
32	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X	X	
33	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	X
34	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	
35	postprozedurale Transfusion		X	X	X
36	Datum der postprozeduralen Transfusion		X	X	
37	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
38	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	
39	Entlassungsdatum	X		X	
40	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ¹⁰	X		X	
44	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. während dieses Behandlungstages (ambulant)?		X	X	X
45	Datum der Prozedur	X	X		X
46	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
47	kardiogener Schock		X	X	
48	Art der Prozedur		X	X	X
49	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	X

⁹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird

¹⁰ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer ²	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und an-wendungs-bezogene Gründe
50	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
51	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
52	Nierenfunktion gemessen		X	X	
53	Flächendosisprodukt bekannt		X	X	X
54	Flächendosisprodukt		X	X	
55	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
56	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X
57	koronarer Verschluss		X	X	
58	TIA/Schlaganfall		X	X	
59	Exitus im Herzkatheterlabor		X	X	
60	sonstige [intraprozedural auftretende Ereignisse]			X	X
64	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X
65	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?				X
66	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
67	Operationen- und Prozedurenschlüssel ¹¹	X		X	X
68	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
73	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes?		X	X	X
74	Indikation zur PCI		X	X	X
75	Ist STEMI Hauptdiagnose?		X	X	X
77	PCI an Hauptstamm		X	X	
78	PCI an LAD		X	X	
79	PCI an RCX		X	X	
80	PCI an RCA		X	X	
81	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X
82	besonderes Merkmal ¹²		X	X	
83	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
84	wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI/NSTEMI (nach TIMI)		X	X	
85	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
86	Door-Zeitpunkt (Datum)		X	X	

¹¹ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

¹² Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer ²	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und an-wendungs-bezogene Gründe
87	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	
88	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
89	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gem. § 299 Abs. 1a SGB V

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwen- dung sbezogene Gründe
§301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnumme- r des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassungsanzeige .FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³	state_key(301.Entlassungsanzei- ge.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.I K des Absenders@nummer	X	X	X	
5	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- metag@aufndatum	X	X	X	
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- megrund@aufngrund			X	
7	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL. Tag der Entlassung/Verlegung@entlda- tum	X	X	X	
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.E ntlassungs- /Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	

¹ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

² Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

³ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwen- dung sbezogene Gründe
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
10	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
11	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
12	Liste der sekundäre Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
13	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
14	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X	
15	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwen- dung sbezogene Gründe
16	Angabe, ob der KH- Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungs- anzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khuunterbre- chung			X	
§301 (AMBO)						
17	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
18	Art der Identifikationsnumme- r des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
19	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
20	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
21	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X	X	
22	Liste der Behandlungsdiagnos- en des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdi- agnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
23	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnos- e	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdi- agnose.Diagnosesicherheit@si- cherheit		X	X	
24	Liste der Sekundär- Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@i- cd_sek		X	X	
25	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnos- e	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär- Diagnose.Diagnosesicherheit@- sicherheit_sek		X	X	
26	Liste der Gebührenordnungs- Nr. nach EBM- Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambul- ante Operation.ENA.Entgeltart)@eb- m	X	X	X	

⁴ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁶ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁷ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

⁸ Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn es sich um eine EBM-Ziffer handelt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwen- dung sbezogene Gründe
27	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X	X	
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Proze- durenschlüssel@ops	X	X	X	
29	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag @datum	X	X		X
§295 (kollektivvertraglich)						
30	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
31	Art der Identifikationsnumme- r des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
32	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregi- on			X	X
33	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitrau- m.3/3.3.1@beginndatum	X	X	X	
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitrau- m.3/3.3.2@endedatum	X		X	
36	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sic- herheit		X	X	
38	Liste der Gebührenordnungs- Nr. nach EBM- Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	

⁹ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

¹⁰ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹¹ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwen- dung sbezogene Gründe
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X		X	
40	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel. 7/7.1.1@ops	X	X	X	
§284 (Stammdaten)						
41	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X	
42	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
43	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X	X	
44	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X		X	
45	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹²	Stamm@versicherungsdatum				X
46	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§300 (Apotheken)						
47	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(300)@quelle				X
48	Art der Identifikationsnumme- r des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X
49	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvreg- ion			X	X
50	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@num- mer	X		X	
51	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X	X	

¹² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

¹³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

¹⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹⁵ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwendung sbezogene Gründe
52	Kennzeichen nach §4 der Vereinbarung nach §300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach §4 der Vereinbarung nach §300 SGB V@pzhimsonder		X	X	
53	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X
54	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl			X	
55	Gegebenenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet		X		
§295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁶	source(295s)@quelle				X
57	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.I BH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
58	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.I BH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
59	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung .IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X		X	
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁹	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.I BL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
61	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²⁰	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.I BL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X

¹⁶ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

¹⁷ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹⁸ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

¹⁹ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

²⁰ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwen- dung sbezogene Gründe
62	Institutionskennzeich- en des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.I BL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X	X	
63	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.I NF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruch- nahme			X	
64	Erster Tag des Abrechnungszeitrau- ms	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.11/1 1.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginn datum	X	X	X	
65	Letzter Tag des Abrechnungszeitrau- ms	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.11/1 1.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@ended atum	X		X	
66	Liste der ICD- Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach §295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd		X	X	
67	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
68	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X	X	
69	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. OPS.Operationsschlüssel.7/7.2. 1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
70	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. OPS.Operationsschlüssel.7/7.2. 3 OPS-Datum@datum	X	X		X
Administrative Daten						
71	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr				X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Daten- felder für die Indikatorb- erechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Technische und anwendung sbezogene Gründe
72	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
73	Bezugsjahr der Spezifikation (Indexjahr) ²¹	Admin@erfassungsjahr				X

“

²¹ Das Erfassungsjahr wird nur für Filterzwecke verwendet und nicht exportiert