

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung der Konzepte des IQTIG zur Dokumentation, Datenübermittlung und zu Rückmeldeberichten im Rahmen der Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V

Vom 18. April 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. April 2019 beschlossen, die Konzepte des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom 8. April 2019 zur Dokumentation, zur Datenübermittlung an die auswertende Stelle und zu Rückmeldeberichten an die Vertragspartner der Qualitätsverträge nach § 110a Absatz 1 SGB V, einschließlich einer Spezifikation der Dokumentation (**Anlage**) im Rahmen der Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V zur Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. April 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Evaluation Qualitätsverträge

Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der
Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung
der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V

Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 8. April 2019

Impressum

Thema:

Evaluation Qualitätsverträge – Arbeitsergebnisse im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V – Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2

Ansprechpartner:

Markus Anders

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

21. Juni 2018

Datum der Abgabe:

20. Dezember 2018

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Auftragsverständnis	6
2 Dokumentation	8
2.1 Pseudocodes	8
2.2 Dokumentationsbögen	9
2.2.1 Leistungserbringerübergreifende Teildokumentationsbögen	12
2.2.2 Leistungsspezifische Teildokumentationsbögen.....	17
2.3 Dokumentationsauslösung	56
2.4 Nullwertmessung/Vergleichsmessung.....	62
3 Datenfluss.....	63
3.1 Datenfluss	63
3.2 Software.....	64
3.3 Falllisten	64
3.4 Zeiträume und Fristen.....	66
4 Rückmeldeberichte	68
5 Ausblick	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pseudocodes der Spezifikation.....	8
Tabelle 2: Merkmale der Spezifikation der Dokumentation.....	10
Tabelle 3: Dokumentationsauslösung, leistungsbereichsspezifisch	57
Tabelle 4: Datenfelder in den Falllisten, leistungsbereichsspezifisch.....	64
Tabelle 5: Ermittlung des Abschlussdatums, leistungsbereichsspezifisch.....	66
Tabelle 6: Ermittlung des Enddatums der Beobachtungszeit, leistungsbereichsspezifisch.....	67

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Teildokumentationsbögen	10
Abbildung 2: Datenfluss	63

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Eval-KNZ	Evaluationskennziffer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

1 Auftragsverständnis

Das vorliegende Dokument inkl. Anlage 1 legt die Arbeitsergebnisse aus Arbeitspaket E und Arbeitspaket F Nr. 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Absatz 8 SGB V dar. Im nächsten Schritt sollen die hierin enthaltenen Arbeitsergebnisse in Form von softwaregestützten Dokumentationsbögen sowie Anleitungen aufbereitet und den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt werden, um die Dokumentation und den Datenfluss im Rahmen der Evaluation der Qualitätsverträge bereitzustellen und zu organisieren.

Die Beauftragung sieht in Arbeitspaket E unter anderem die strukturierte Beschreibung der Inhalte und des Formats der Durchführungsdokumentation vor. Nach dem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 beinhaltet die Durchführungsdokumentation die für die Evaluation erforderlichen Prozessdaten, Primärdaten und Berichte.

Ein Teil der Beschreibung von Prozess- und Primärdaten wurde bereits im Rahmen des Arbeitspakets B im Zuge des Projektplans umgesetzt, der sowohl Informationen zu den einzelnen Qualitätsverträgen für die Evaluation als auch für die Entwicklung weiterer Erhebungsinstrumente wie die Abschlussbefragung (Arbeitspaket F Nr. 3) liefern wird, die ebenfalls als Teil der Durchführungsdokumentation anzusehen ist. Im Projektplan wurden darüber hinaus bereits die Fristen für die Datenübermittlung der Leistungserbringerdokumentation und die Übermittlung von Zwischen- und Abschlussberichten festgelegt. Die Beschreibung von verbindlichen Berichtsinhalten und die Erstellung von Berichtsvorlagen als Teil der Durchführungsdokumentation wird im Rahmen von Arbeitspaket F Nr. 1 erfolgen.

Die Beauftragung sieht weiter die fachliche und technische Spezifikation der zu übermittelnden Daten der teilnehmenden Krankenhäuser und Krankenkassen vor. Spezifikation wird in diesem Zusammenhang als die weitergehende fachliche und technische Operationalisierung der erforderlichen Informationen (Evaluationskennziffern und ergänzende Daten) sowie die Beschreibung der organisatorischen, inhaltlichen und technischen Umsetzung der **Dokumentation** und des **Datenflusses** verstanden. Die ausführliche Spezifikation der Dokumentation, die die Grundlage zur Entwicklung der entsprechenden Dokumentationsbögen darstellt, ist in Anlage 1 zu finden. Eine um die technischen Komponenten reduzierte Darstellung der Dokumentationsbögen bietet Kapitel 2. Die Ausgestaltung des Datenflusses wird in Kapitel 3 beschrieben.

Daneben sieht die Beauftragung vor, dass Inhalte und Formate der Rückmeldung von Auswertungsergebnissen an die Vertragspartner (**Rückmeldeberichte**) festzulegen sind. Dies erfolgt in Kapitel 4.

Sowohl Arbeitspaket E als auch Arbeitspaket F Nr. 2 sehen die zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen an eine Nullwertmessung vor. Aufbauend auf den im Abschlussbericht vom 22.

Evaluation Qualitätsverträge

Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 sowie im Projektplan enthaltenen Ausführungen zur Nullwertmessung wird auf diese in Abschnitt 2.4 näher eingegangen.

2 Dokumentation

Die Spezifikation der Dokumentation (für die vollständige Spezifikation siehe Anlage 1) stellt sowohl die inhaltliche als auch die technische Beschreibung der zu erhebenden Datenfelder dar und besteht aus zwei Teilen. Sie enthält zunächst Informationen zur Dokumentationsauslösung (siehe hierzu Abschnitt 2.3), d. h. eine genaue Definition, in welchem Fall ein bestimmter Dokumentationsbogen von den Leistungserbringern bzw. den Krankenkassen zu verwenden und auszufüllen ist. Hierzu sind entsprechende Einschlusskriterien dargelegt, die aus den entsprechenden Zielgruppendefinitionen der Tragenden Gründe¹ abgeleitet sind.

Der zweite Teil der Spezifikation der Dokumentation operationalisiert die Evaluationskennziffern sowie die ergänzenden Daten (Durchführungsprotokoll, Patientendaten, Fall-Dokumentation durch die Krankenhäuser, Fall-Dokumentation durch die Krankenkassen) aus dem Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März 2018 inhaltlich und spezifiziert ihre technische Einbettung in einen der entsprechenden Teildokumentationsbögen, die in der softwareseitigen Umsetzung zu insgesamt 16 Dokumentationsbögen modular zusammengefügt werden (siehe hierzu Abschnitt 2.2). In der Spezifikation der Dokumentation werden zur Veranschaulichung Pseudocodes verwendet, die daher im nachfolgenden Abschnitt 2.1 kurz erläutert werden.

2.1 Pseudocodes

Pseudocodes dienen dazu, technische Funktionsweisen zu veranschaulichen. Im Rahmen der Spezifikation der Dokumentation werden sie insbesondere gebraucht, um Formate (z. B. Freitext, Datum, Uhrzeit), Bedingungen (z. B. Pflichtfelder, Definition von Einschlusskriterien) und Konditionen (z. B. Frage nur dann stellen, wenn zuvor mit „ja“ geantwortet wurde) abzubilden. Ein Überblick über die im weiteren Verlauf und in der Spezifikation der Dokumentation (Anlage 1) verwendeten Pseudocodes bietet Tabelle 1.

Tabelle 1: Pseudocodes der Spezifikation

Pseudocode	Bedeutung
UND	Die vorangehende und die nachfolgende Bedingung müssen erfüllt sein.
ODER	Entweder die vorangehende oder die nachfolgende Bedingung muss erfüllt sein.
TEXT	Freitextangabe
NUMSCHLUESSEL	Schlüssel mit ganzzahligen Schlüsselkodes

¹ Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2960/> (abgerufen am 19.12.2018).

Pseudocode	Bedeutung
WENN	Bedingung, die erfüllt werden muss, damit entweder das Datenfeld angezeigt oder eine Prozedur ausgeführt wird.
MUSS	obligatorisches Datenfeld
KANN	fakultatives Datenfeld
DATUM	Datum
UHRZEIT	Uhrzeit
GANZEZAHL	ganze Zahl
ZAHL	Zahl mit Nachkommastellen
STELLEN	Anzahl der Zeichen; Anzahl wird dem Code vorangestellt (z. B. 1STELLE)
LOOP	Mehrmalige Angaben sind bis zur Begrenzung möglich; Begrenzung wird dem Code vorangestellt (z. B. 10LOOP)
ICD10	Format ICD-10
OPS	Format OPS

2.2 Dokumentationsbögen

Es sind 18 Teildokumentationsbögen vorgesehen (vgl. Abbildung 1). Leistungsbereichsübergreifende Datenfelder, die über alle Leistungsbereiche hinweg zu dokumentieren sind, sind abgelegt in

- einem einrichtungsbezogenen Bogen (Dokumentation auf Ebene der jeweiligen Einrichtung, z. B. Patientenzahl, Personalstärke),
- einem fallbezogenen Bogen für Leistungserbringer (Dokumentation auf Patientenebene) und
- einem fallbezogenen Bogen für Krankenkassen (Dokumentation auf Patientenebene).

In gleicher Systematik stehen für die vier Leistungsbereiche ebenfalls Teildokumentationsbögen zur Verfügung. Der Leistungsbereich „Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten“ ist hierbei weiter unterteilt in *Intensivstation* und *Weaningzentrum*, der Leistungsbereich „Endoprothetische Gelenkversorgung“ in *Schulterendoprothetik* und *Hüft- und Knieendoprothetik*. Eine Ausnahme in der Systematik bildet der Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“, in dem nur ein fallbezogener Teildokumentationsbogen für Leistungserbringer vorhanden ist, da in diesem Leistungsbereich keine Übermittlung von Daten der Krankenkassen an das IQTIG vorgesehen ist und keine flächendeckend einheitlichen Evaluationskennziffern festgelegt sind, was die Zahl der zu erhebenden Daten und damit der Teildokumentationsbögen begrenzt.

Evaluation Qualitätsverträge

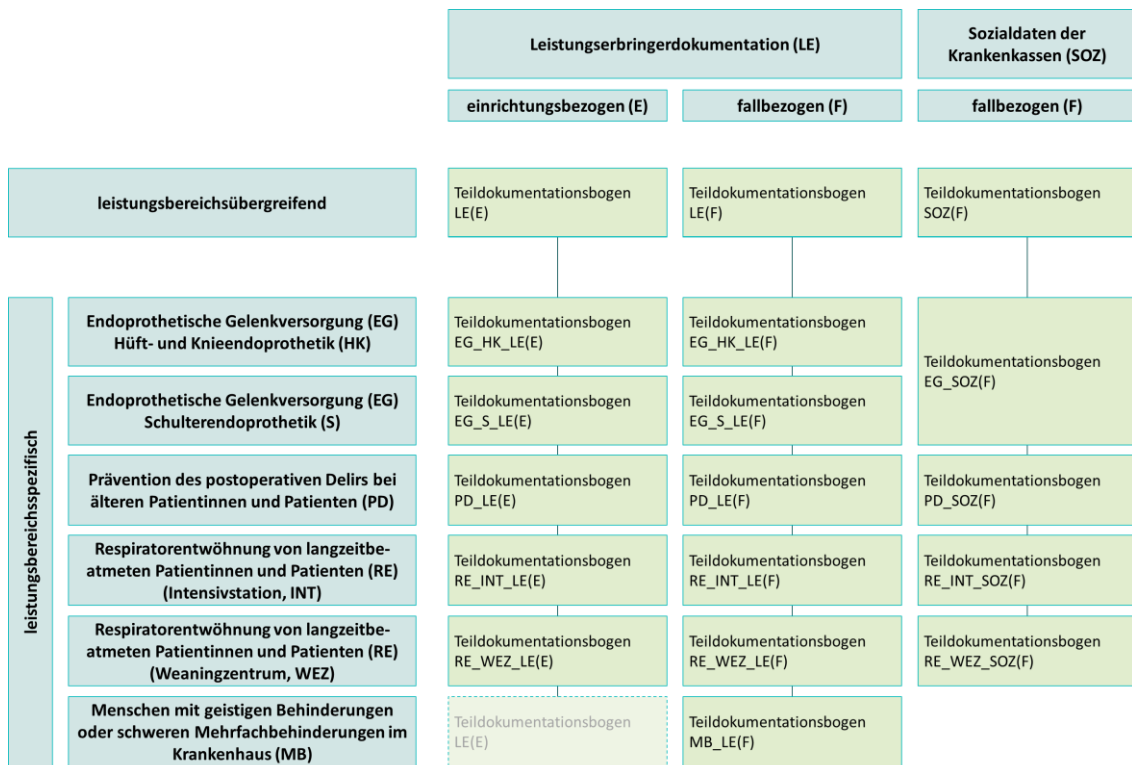


Abbildung 1: Übersicht Teildokumentationsbögen

In der softwareseitigen Umsetzung wird jedem leistungserbringerspezifischen Teildokumentationsbogen der entsprechende leistungsbereichsübergreifende Teildokumentationsbogen hinzugefügt (vgl. Abbildung 1). Im Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“ tritt hierbei der leistungsbereichsübergreifende, einrichtungsbezogene Teildokumentationsbogen für Leistungserbringer an die Stelle des nicht vorhandenen, leistungsbereichsspezifischen Dokumentationsbogens (vgl. Abbildung 1). Am Ende stehen demnach insgesamt 16 Dokumentationsbögen zur Verfügung.

Nachfolgend werden die einzelnen Teildokumentationsbögen vorgestellt. Aufgrund des Umfangs werden nur Auszüge dargestellt. Die dargestellten Attribute sind in Tabelle 2 erläutert. Eine vollständige Darstellung der Teildokumentationsbögen mit allen Attributen ist in der Spezifikation der Dokumentation (Anlage 1) enthalten.

Tabelle 2: Merkmale der Spezifikation der Dokumentation

Merkmal	Erläuterung
Evaluationskennziffer	Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann
Datenfeldbezeichnung	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage
Datenformat	Festlegung des Datenformats (siehe hierzu auch Tabelle 1)

Evaluation Qualitätsverträge

Merkmal	Erläuterung
Schlüssel	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels ²
Ausfüllhinweise	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung

² Externe Schlüssel werden aufgrund ihres Umfangs nicht im Dokumentationsbogen selbst dargestellt, sondern in einer separaten Liste.

Evaluation Qualitätsverträge

2.2.1 Leistungserbringerübergreifende Teildokumentationsbögen

Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	
Messbeginn	DATUM		
Messende	DATUM		
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] GANZEZAHL (5STELLEN) [-]GANZEZAHL (4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	ZAHL(9STELLEN)		
Anzahl der Patientinnen/Patienten in der adressierten Patientengruppe	GANZEZAHL		Definition der adressierten Patientengruppe siehe Dokumentationsauslösung Es sind die Patientinnen/Patienten der adressierten Patientengruppe zu zählen, die im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags potentiell hätten versorgt werden können.
Wurden Patientinnen/Patienten aus der adressierten Patientengruppe von der Versorgung im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags ausgeschlossen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Wie viele Patientinnen/Patienten wurden aus der adressierten Patientengruppe von der Versorgung im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags ausgeschlossen?	GANZEZAHL		Es sind die Patientinnen/Patienten zu zählen, die zwar zur definierten Zielgruppe gehören, aber bspw. aufgrund von Sonderregelungen (siehe Projektplan) von der Versorgung im Rahmen des Qualitätsvertrags ausgeschlossen wurden.
Versorgungsstufe	NUMSCHLUESSEL	1=Grundversorgung 2=Regelversorgung 3=Schwerpunktversorgung 4=Maximalversorgung	
Tätigkeitsschwerpunkt	TEXT		
Anzahl an Abteilungen	GANZEZAHL		
Anzahl der stationär behandelten Patientinnen/Patienten	GANZEZAHL		Anzahl entlassener, stationär behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
Anzahl der ambulant, vertragsärztlich behandelten Patientinnen/Patienten	GANZEZAHL		Anzahl entlassener, ambulant behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)
Anzahl der Plan-Betten	GANZEZAHL		
Bettenzahl (gesamt)	GANZEZAHL		
Personal: ärztlicher Bereich	ZAHL		Hauptamtliche Ärzte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte)

Evaluation Qualitätsverträge

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Personal: nicht-ärztlicher Bereich	ZAHL		Nichtärztliches Krankenhauspersonal (ohne Personal der Ausbildungsstätten), einschließlich Schüler/Auszubildende.
Welche Aussage trifft zu?	NUMSCHLUESSEL	1=ein neues Versorgungskonzept wurde eingeführt 2=ein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept wurde fortgeführt 3=ein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept wurde angepasst fortgeführt	

Fallbezogen für Leistungserbringer

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] GANZEZAHL (5STELLEN) [-]GANZEZAHL (4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	ZAHL(9STELLEN)		

Evaluation Qualitätsverträge

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Pseudonym	ZAHL(6STELLEN)		Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet. Hierbei wird der eGK-Nummer die nächste freie fortlaufende Nummer als Patientenpseudonym zugewiesen.
Geburtsdatum	DATUM		
Geschlecht	NUMSCHLUESSEL	1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	ZAHL(9STELLEN)		
Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts	ZAHL(5STELLEN)		bis zur Einführung der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V
Standortkennzeichen des entlassenden Standorts	ZAHL(9STELLEN)		ab der Einführung der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V
behandelnde Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)	Schlüssel 1	
Aufnahmedatum Krankenhaus	DATUM		
Aufnahmediagnose	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Evaluation Qualitätsverträge

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Prozeduren	OPS(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.
Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
Entlassungsgrund	ZAHL(2STELLEN)	Schlüssel 2	
Entlassungsdiagnosen	ICD10(LOOP)		

Fallbezogen für Krankenkassen

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Messung	NUMSCHLUESSEL	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	
Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	[QV-XX-] GANZEZAHL (5STELLEN) [-]GANZEZAHL (4STELLEN)		Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.
Institutionskennzeichen (Krankenkasse)	ZAHL(9STELLEN)		
Pseudonym	ZAHL(6STELLEN)		Die Pseudonyme können der vom Krankenhaus übermittelten Fallliste für die jeweilige eGK-Nummer entnommen werden.

Evaluation Qualitätsverträge

Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
Geburtsdatum	DATUM		
Geschlecht	NUMSCHLUESSEL	1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt	

2.2.2 Leistungsspezifische Teildokumentationsbögen

2.2.2.1 Endoprothetische Gelenkversorgung

Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Schulterendoprothetik)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-2	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Endoprothetik vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	
EG-2	Welche Zertifizierung wurde oder wird vorgenommen (z. B. endoCert)	TEXT		

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-4	Es wurden keine Implantate verwendet, die von den entsprechenden Stellen und Registern (z. B. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) als auffällig eingestuft waren?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	
EG-4	Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, wurden nur im Rahmen von Studien verwendet?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	
EG-4	Die Einrichtung verfügte über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Das Sicherheitskonzept beinhaltet die Meldepflichtung nach § 294a Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen sowie nach § 3 Absatz 2 MPSV in Verbindung mit Absatz 1 gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Hüft- und Knieendoprothetik)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-1	Verfügte die Einrichtung über mindestens zwei Hauptoperateurinnen/Hauptoperateure?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Jede Hauptoperateurin/jeder Hauptoperateur verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechseloperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				Einrichtung erbringen. Eine Operation ist einer Hauptoperateurin/einem Hauptoperateur nur dann zur Ermittlung der Mindestfallzahlen zuzuordnen, wenn dieser den Eingriff selbst durchgeführt bzw. zu Weiterbildungszwecken assistiert hat. Bei einer Operation, die durch zwei Hauptoperateure durchgeführt wird, ist dieser Fall nur einem der beiden Operateure zuzuordnen.
EG-2	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Endoprothetik vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	
EG-2	Welche Zertifizierung wurde oder wird vorgenommen (z. B. endoCert)	TEXT		
EG-4	Es wurden keine Implantate verwendet, die von den entsprechenden Stellen und Registern (z. B. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) als auffällig eingestuft waren?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-4	Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, wurden nur im Rahmen von Studien verwendet?	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu	
EG-4	Die Einrichtung verfügte über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Das Sicherheitskonzept beinhaltet die Meldeverpflichtung nach § 294a Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen sowie nach § 3 Absatz 2 MPSV in Verbindung mit Absatz 1 gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
EG-11	Bestand eine Kooperation mit einer Rehabilitationseinrichtung für Patientinnen/Patienten, die endoprothetisch versorgt wurden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Fallbezogen für Leistungserbringer (Schulterendoprothetik)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Versorgungsbereich	NUMSCHLUESSEL	1=Schulterendoprothetik 66=Anderer(TEXT)	
	Art des Eingriffs	NUMSCHLUESSEL	1=elektiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Prozeduren	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig	Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist. eingeschlossene OPS: 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y
	Datum des Eingriffs	DATUM		
	Beginn des Eingriffs	UHRZEIT		
	Dauer des Eingriffs	GANZEZAHL(4STELLEN)		
EG-5	Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihre/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
EG-5	Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.	TEXT		

Evaluation Qualitätsverträge

Fallbezogen für Leistungserbringer (Hüft- und Knieendoprothetik)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-1	Wurde die Operation durch mindestens eine Hauptoperateurin/einen Hauptoperateur durchgeführt bzw. hat eine Hauptoperateurin/ein Hauptoperateur bei der Operation assistiert?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Die Einrichtung verfügt über mindestens zwei Hauptoperateure/innen, die namentlich zu benennen sind. Jeder verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechseloperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der Einrichtung erbringen.
	Versorgungsbereich	NUMSCHLUESSEL	1=Hüftendoprothetik 2=Knieendoprothetik 66=Anderer(TEXT)	
	Art des Eingriffs	NUMSCHLUESSEL	1=elektiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff	
	Prozeduren	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig	Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist. eingeschlossene OPS:

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>Hüftendoprothetik</p> <p>5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n</p> <p>5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29; 5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8; 5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y</p> <p>Knieendoprothetik</p> <p>5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-</p>

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n 5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.fd;5-823.fe;5-823.ff;5-823.fg;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y
	Datum des Eingriffs	DATUM		
	Beginn des Eingriffs	UHRZEIT		
	Dauer des Eingriffs	GANZEZAHL(4STELLEN)		
EG-3	Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten präoperativ erreicht?	"Schmerzen" GANZEZAHL "Symptome" GANZEZAHL "Alltägliche Aktivitäten"GANZEZAHL		Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
		"Lebensqualität" GANZEZAHL		auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)
EG-11	Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten postoperativ erreicht?	"Schmerzen" GANZEZAHL "Symptome" GANZEZAHL "Alltägliche Aktivitäten" GANZEZAHL "Lebensqualität" GANZEZAHL	77=keine Rückmeldung durch die Patientin/den Patienten	Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)
EG-5	Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihre/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
EG-5	Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.	TEXT		
EG-6	Wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
EG-6	In welcher Fachdisziplin wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?	NUMSCHLUESSEL	1=Geriatric 2=Psychosomatik 66=Andere(TEXT)	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-7	Wurde eine präoperative Schulung durchgeführt, um eine frühzeitige Mobilisierung zu erreichen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, mit der Patientin/dem Patienten 2=ja, mit (einer/einem) Angehörigen	
EG-8	Datum der ersten postoperativen Mobilisation	DATUM		
EG-8	Uhrzeit der ersten postoperativen Mobilisation	UHRZEIT		
EG-9	Ergebnis des Timed up and go Tests (TUG)	GANZEZAHL		<p>Timed up and go Test (TUG): Die untersuchte Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe ca. 46 cm). Es darf gegebenenfalls ein Hilfsmittel (z. B. Gehstock) benutzt werden. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhls an.</p> <p>Beim Erreichen dieser Position hilft die untersuchende Person nicht mit.</p> <p>Nach Aufforderung soll die untersuchte Person mit einem normalen und sicheren Gang bis zu einer Linie laufen, die in drei Metern Entfernung vor dem Stuhl auf dem Boden markiert ist, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition begeben.</p> <p>Die benötigte Zeit ab Ende Aufforderung bis Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in</p>

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>Sekunden notiert; es ist keine Stoppuhr vorgeschrieben.</p> <p>Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.</p>
EG-10	Ergebnis des Schmerztests in Ruhe	GANZEZAHL		Schmerz in Ruhe auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10
EG-10	Ergebnis des Schmerztests unter Belastung	GANZEZAHL		Schmerz unter Belastungen auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10

Evaluation Qualitätsverträge

Fallbezogen für Krankenkassen (Schulter-, Hüft- und Knieendoprothetik)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
EG-12	Abfrage OPS	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig	<p>Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.</p> <p>zu dokumentierende OPS:</p> <p>Schulterendoprothetik 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y</p> <p>Hüftendoprothetik 5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n 5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-</p>

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				<p>821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29; 5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8; 5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y</p> <p>Knieendoprothetik</p> <p>5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n</p> <p>5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-</p>

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.fd;5-823.fe;5-823.ff;5-823.fg;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y

2.2.2.2 Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten

Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ0	Finden regelhaft berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Schulungen der Mitarbeitenden zur Prävention des postoperativen Delirs statt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Die Definition von „regelhaft“ in diesem Zusammenhang sollte von Vertragspartner vereinbart werden.
PD-EV-KZ0	Welche Inhalte werden in der Schulung behandelt?	NUMSCHLUESSEL	1=Risikoeinschätzung des postoperativen Delirs 2=Anwendung validierter Screeninginstrumente 3=Präventionsprogramme zum postoperativen Delir 4=Rolle der Angehörigen und deren Schulung und Aufklärung über Präventionsmaßnahmen	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ0	Wie viele Mitarbeitende sind jeweils in den relevanten Abteilungen beschäftigt?	GANZEZAHL		<p>Mitarbeitende schließt das gesamte Personal mit ein, das nach dem zugrunde liegenden Versorgungskonzept an der Versorgung mitwirkt (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen, Therapeuten/innen, ggf. auch weiteres Personal)</p> <p>Alle Abteilungen sind miteinzubeziehen, die im Versorgungspfad des zugrundeliegenden Versorgungskonzept berührt sind (z. B. Operationsbereich, Intensivstation, Chirurgie)</p> <p>Zu zählen sind alle Mitarbeitenden, die im Erfassungsjahr in der Einrichtung beschäftigt waren (hierzu zählen auch ausgeschiedene Mitarbeitende) und mindestens 30 Tage anwesend waren. Abwesenheit besteht z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit.</p>
PD-EV-KZ0	Wie viele Mitarbeitende in den relevanten Abteilungen haben die Schulung vollständig durchlaufen?	GANZEZAHL		<p>Zu zählen sind alle geschulten Mitarbeitenden, die im Erfassungsjahr in der Einrichtung beschäftigt waren (hierzu zählen auch ausgeschiedene Mitarbeitende) und mindestens 30 Tage anwesend waren. Abwesenheit besteht z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit.</p>

Evaluation Qualitätsverträge

Fallbezogen für Leistungserbringer

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Art des Eingriffs	NUMSCHLUESSEL	1=elektiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff	
PD-EV-KZ1	Liegt eine Demenz vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	ICD-10-GM: vorrangig F00-F03
PD-EV-KZ1	Wurde ein kognitives Screening durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
PD-EV-KZ2	Wurde durch das kognitive Screening ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir festgestellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Welches kognitive Screening wurde verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Clock-drawing Test (CDT) 2=Demenz-Detection (DemTect) 3=Delirium Symptom Interview (DSI) 4=Mini-Cog™ 5=Mini-Mental State Examination (MMSE) 6=Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 7=4 As Test (4AT) 66=Anderer(TEXT)	Instrumente zur Erfassung kognitiver Einschränkungen sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ1	Wurde ein Test zur Messung der Gebrechlichkeit durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
PD-EV-KZ2	Wurde durch den Test zur Messung der Gebrechlichkeit ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir festgestellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Welcher Test zur Messung der Gebrechlichkeit wurde verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Frailty Index (FI) 2=Messung nach Fried 3=Identification of Seniors at Risk (ISAR) 4=Triage Risk Stratification Tool (TRST) 5=Geriatisches Screening nach Lachs 66=Anderer(TEXT)	Instrumente zur Erfassung der Gebrechlichkeit sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 f. benannt.
PD-EV-KZ2	Wurde präoperativ ein Delirscreening durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Instrumente zur Erfassung eines Delirs sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.
	Lag präoperativ ein Delir vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	ICD-10-GM: vorrangig F05
	Welches Delirscreening wurde präoperativ verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Confusion Assessment method (CAM) 2=Confusion Assessment method-Intensive Care Unit (CAM-ICU)	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
			3=Delirium Observation Screening Scale (DOS) 4=Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-98) 5=Delirium Detection Score (DDS) 6=Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 7=Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) 8=NEECHAM Confusion Scale 9=Nu-DESC;10=4 As Test (4AT) 66=Anderer(TEXT)	
PD-EV-KZ3	Wurde ein postoperatives Delirscreening durchgeführt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Instrumente zur Erfassung eines Delirs sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.
PD-EV-KZ4	Liegt ein postoperatives Delir vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	ICD-10-GM: vorrangig F05

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Welches Delirscreening wurde postoperativ verwendet?	NUMSCHLUESSEL	1=Confusion Assessment method (CAM) 2=Confusion Assessment method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) 3=Delirium Observation Screening Scale (DOS) 4=Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-98) 5=Delirium Detection Score (DDS) 6=Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 7=Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) 8=NEECHAM Confusion Scale 9=Nu-DESC;10=4 As Test (4AT) 66=Anderer(TEXT)	
PD-EV-KZ3	Intensivstation: Bitte geben Sie für die ersten 72 postoperativen Stunden Datum und Uhrzeit an, wann Delir-Screenings durchgeführt wurden.	DATUM UHRZEIT (10LOOP)		
PD-EV-KZ3	Aufwach-/Normalstation: Bitte geben Sie für die ersten 72 postoperativen Stunden Datum und Uhrzeit an, wann Delir-Screenings durchgeführt wurden.	DATUM UHRZEIT (7LOOP)		

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Wurde die Patientin/der Patient in ein permanentes Umfeld entlassen (z. B. nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung)?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Fallbezogen für Krankenkassen

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
PD-EV-KZ5	Bitte geben Sie den präoperativen Pflegegrad an.	NUMSCHLUESSEL	0=es liegt keine Einstufung vor 1=Pflegegrad 1 2=Pflegegrad 2 3=Pflegegrad 3 4=Pflegegrad 4 5=Pflegegrad 5	Der Messzeitpunkt ist monatsgenau zum Operationsdatum zu bestimmen.
PD-EV-KZ5	Bitte geben Sie den postoperativen Pflegegrad an.	NUMSCHLUESSEL	0=es liegt keine Einstufung vor 1=Pflegegrad 1 2=Pflegegrad 2 3=Pflegegrad 3 4=Pflegegrad 4 5=Pflegegrad 5	Der Messzeitpunkt ist monatsgenau zum Operationsdatum zu bestimmen.

Evaluation Qualitätsverträge

2.2.2.3 Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten

Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Intensivstation)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-fakultativ	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Entwöhnung der Beatmung vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	
RE-fakultativ	Durch welche Fachgesellschaft wurde oder wird die Zertifizierung vorgenommen?	TEXT		Bitte geben Sie die Fachgesellschaft an, deren Zertifizierung für das jeweilige Erfassungsjahr (die längste) Gültigkeit besaß.
	Ist ein Weaningzentrum an die Intensivstation angebunden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit schwierigem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolglosem Weaning spätestens beim dritten Spontanatmungsversuch oder innerhalb von sieben Tagen (siehe Leitlinie: www.awmf.org)

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit prolongiertem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org)

Fallbezogen für Leistungserbringer (Intensivstation)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Wie viele erfolgreiche Spontanatmungsversuche wurden bei der Patientin/dem Patienten vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 3 2=mehr als 3	
	Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanatmungsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung oder Entlassung vergangen?	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 7 Tage 2=länger als 7 Tage	Der Tag des 1. Spontanatmungsversuch wird hierbei mitgezählt.
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ1A	Ist die Patientin/der Patient komplett entwöhnt	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum	DATUM		
RE-EV-KZ1A	Die Patientin/der Patient konnte auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Umstellungsdatum	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
	Liegen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen vor?	NUMSCHLUESSEL	1=zentrale Atemregulationsstörung 2=neuromuskuläre Erkrankungen (u.a. Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom, Muskeldystrophie Duchenne, Myasthenien) 3=Querschnittssyndrome 4=ein-/beidseitige Zwerchfellparesen 5=chronische Lungenerkrankungen mit chronischer, respiratorischer Insuffizienz 6=end-stage COPD 7=restriktive Lungenerkrankung 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ1B	Wurde die Patientin/der Patient innerhalb von 14 Tagen nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ1B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient	DATUM		

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.			
RE-EV-KZ1B	Beatmungsstunden	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?	NUMSCHLUESSEL	1=in ein Weaningzentrum 2=in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor) 66=Anderes(TEXT)	
RE-EV-KZ2	Wurde die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung im angebundenen Weaningzentrum vorgestellt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ2	Bitte nennen Sie die Gründe, warum die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung nicht im angebundenen Weaningzentrum vorgestellt wurde?	NUMSCHLUESSEL	1=fehlende Kapazitäten im Weaningzentrum 2=Kontraindikationen für eine Entwöhnung 66=Andere(TEXT)	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ2	Findet bei der Initiierung der außerklinischen Beatmung eine enge Abstimmung mit einer spezialisierten Einrichtung statt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Mit spezialisierten Einrichtungen sind Einrichtungen gemeint, die ausreichend Expertise in der komplexen Behandlung außerklinisch beatmeter Patientinnen/Patienten haben, die eine langfristige Durchführung von Therapiekontrollen übernehmen können und die grundsätzlich eine Reevaluierung des Weaningpotentials der Patientin/des Patienten innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung unterstützen.
RE-EV-KZ3	Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Datum der Reevaluierung	DATUM		
	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Wiederaufnahmedatum	DATUM		
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ4A	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme komplett entwöhnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		
RE-EV-KZ4A	Die Patientin/der Patient konnte nach der Wiederaufnahme auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ4B	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ4B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patienten nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	DATUM		
RE-EV-KZ4B	Beatmungstunden nach Wiederaufnahme	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme. Die Berechnung der Beatmungstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Entlassungsdatum Krankenhaus nach Wiederaufnahme	DATUM		
	Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme	ZAHL(2STELLEN)		
	Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Evaluation Qualitätsverträge

Fallbezogen für Krankenkassen (Intensivstation)³

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Aufnahmedatum im Krankenhaus	DATUM		
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Abfrage OPS	OPS(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist. zu dokumentierende OPS: 8-701;8-704;8-706;5-311.0; 5-311.1; 5-311.2; 5-311.0.3; 5-311.0.x; 5-311.0.y;5-312.0; 5-312.1; 5-312.2; 5-312.x; 5-312.y
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Beatmungsstunden	ZAHL(4STELLEN)		
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)	Schlüssel 1	
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	DATUM		
RE-EV-KZ1B RE-EV-KZ4B	Datum der Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung	DATUM		
	Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
	Entlassungsdiagnosen	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende

³ Ist für jeden stationären Aufenthalt, der sich mindesten einen Tag mit dem Nachverfolgungszeitraum (siehe Abschnitt 3.4) überlappt, anzugeben.

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Einrichtungsbezogen für Leistungserbringer (Weaningzentrum)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-fakultativ	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Entwöhnung der Beatmung vorgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 66=eine Zertifizierung bestand bereits	Bitte geben Sie an, ob für das Erfassungsjahr die Intensivstation mindestens sechs Monate zertifiziert war.
RE-fakultativ	Durch welche Fachgesellschaft wurde die Zertifizierung vorgenommen?	TEXT		Bitte geben Sie die Fachgesellschaft an, deren Zertifizierung für das jeweilige Erfassungsjahr (die längste) Gültigkeit besaß.
	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit schwierigem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolgreichem Weaning spätestens beim dritten Spontanatmungsversuch oder innerhalb von sieben Tagen (siehe Leitlinie: www.awmf.org)

Evaluation Qualitätsverträge

	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit prolongiertem Weaning an.	GANZEZAHL		Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolgreichen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org)
--	--	-----------	--	---

Fallbezogen für Leistungserbringer (Weaningzentrum)

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ5	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung aufgenommen?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate aus dem Weaningzentrum entlassen wurden und bis zu einmal auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist. Bei einer Neuaufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten (Wieder)Aufnahme nach Reevaluierung innerhalb der 6 Monate oder bei einer Aufnahme nach 6 Monaten ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.
	Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Wie viele erfolgreiche Spontanatmungsversuche wurden bei	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 3 2=mehr als 3	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	der Patientin/dem Patienten vorgenommen?			
	Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanatmungsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung oder Entlassung vergangen?	NUMSCHLUESSEL	1=bis zu 7 Tage 2=länger als 7 Tage	Der Tag des 1. Spontanatmungsversuch wird hierbei mitgezählt.
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ5A	Ist die Patientin/der Patient komplett entwöhnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum	DATUM		
RE-EV-KZ5A	Die Patientin/der Patient konnte auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Umstellungsdatum	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
	Liegen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen vor?	NUMSCHLUESSEL	1=zentrale Atemregulationsstörung 2=neuromuskuläre Erkrankungen (u.a. Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom, Muskeldystrophie Duchenne, Myasthenien) 3=Querschnittssyndrome 4=ein-/beidseitige Zwerchfellparesen 5=chronische Lungenerkrankungen mit chronischer, respiratorischer Insuffizienz 6=end-stage COPD 7=restriktive Lungenerkrankung 66=Andere(TEXT)	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ5B	Wurde die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ5B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	DATUM		
RE-EV-KZ5B	Beatmungsstunden	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?	NUMSCHLUESSEL	2=in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor) 66=Anderes(TEXT)	
RE-EV-KZ6	Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Datum der Reevaluierung	DATUM		
	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?			
	Wiederaufnahmedatum	DATUM		
	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Zwerchfelllähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TEXT)	
RE-EV-KZ7A	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme komplett entwöhnt?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Entwöhnungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		
	Die Patientin/der Patient konnte nach der Wiederaufnahme auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme	DATUM		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
RE-EV-KZ7B	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
RE-EV-KZ7B	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patienten nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	DATUM		
RE-EV-KZ7B	Beatmungstunden nach Wiederaufnahme	ZAHL(4STELLEN)		Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme. Die Berechnung der Beatmungstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	Entlassungsdatum Krankenhaus nach Wiederaufnahme	DATUM		
	Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme	ZAHL(2STELLEN)		
	Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
				entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Fallbezogen für Krankenkassen (Weaningzentrum)⁴

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Aufnahmedatum im Krankenhaus	DATUM		
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Abfrage OPS	OPS(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist. zu dokumentierende OPS: 8-701;8-704;8-706;5-311.0;5-311.1;5-311.2;5-311.0.3;5-311.0.x;5-311.0.y;5-312.0;5-312.1;5-312.2;5-312.x;5-312.y
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Beatmungstunden	ZAHL(4STELLEN)		
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Fachabteilung	ZAHL(4STELLEN)	Schlüssel 1	

⁴ Ist für jeden stationären Aufenthalt, der sich mindesten einen Tag mit dem Nachverfolgungszeitraum (siehe Abschnitt 3.4) überlappt, anzugeben.

Evaluation Qualitätsverträge

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	DATUM		
RE-EV-KZ5B RE-EV-KZ7B	Datum der Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung	DATUM		
	Entlassungsdatum Krankenhaus	DATUM		
	Entlassungsdiagnosen	ICD10(LOOP)		Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

2.2.2.4 Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Fallbezogen für Leistungserbringer

Eval-KNZ	Datenfeldbezeichnung	Datenformat	Schlüssel	Ausfüllhinweise
	Liegt eine Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Liegt eine geistige Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) vor?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
	Grad der Behinderung (GdB)	GANZEZAHL		
	Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Eingliederungshilfe?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	

Evaluation Qualitätsverträge

	Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Pflegeversicherung?	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	
--	--	---------------	----------------	--

2.3 Dokumentationsauslösung

Jeder der zur Dokumentation zur Verfügung stehende Dokumentationsbogen wird unter bestimmten Umständen ausgelöst, d. h. der betroffene Vertragspartner ist dann dazu angehalten, eine entsprechende Dokumentation vorzunehmen. Voraussetzung hierbei ist, dass die Einrichtung bzw. die Patientin oder der Patient unter den vereinbarten Qualitätsvertrag bzw. unter die zugehörige Vergleichs-/Nullwertmessung fällt. Grundsätzlich kann in diesem Zusammenhang unterschieden werden in

- Einrichtungsbezogene Dokumentationsbögen, die jährlich in Bezug auf ein Erfassungsjahr (vorangehendes Kalenderjahr) oder für den Zeitraum der Nullwertmessung, für jeweils alle Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags separat zu dokumentieren sind.
- Fallbezogene Dokumentationsbögen für die Leistungserbringer, die aufgrund bestimmter Einschlusskriterien, die aus den Tragenden Gründen⁵ zur jeweiligen adressieren Patientengruppe abgeleitet sind, zu dokumentieren sind (siehe hierzu Tabelle 3).
- Fallbezogene Dokumentationsbögen für die Krankenkassen, die aufgrund der Auslösung eines fallbezogenen Dokumentationsbogens im Krankenhaus, zu dokumentieren sind, wovon die jeweilige Krankenkasse durch die Übermittlung sogenannter Falllisten (siehe Abschnitt 3.3) in Kenntnis gesetzt wird.

⁵ Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V für Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2960/> (abgerufen am 19.12.2018).

Tabelle 3: Dokumentationsauslösung, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
Endoprothetische Gelenkversorgung	elektiver endoprothetischer Schulter-, Hüft- oder Kniegelenkeingriff	<p>eingeschlossene OPS:</p> <p>Schulterendoprothetik 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y</p> <p>Hüftendoprothetik 5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n 5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29; 5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8; 5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y</p>

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
		<p>Knieendoprothetik</p> <p>5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n</p> <p>5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.fd;5-823.fe;5-823.ff;5-823.fg;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y</p>
Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	Patientin/Patient ab 65 Jahren UND operativer Eingriff	
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)	Intensivstation UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning	Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org)

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
		<p>Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate (Beobachtungszeitraum) entlassen wurden und einmalig auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist.</p> <p>Bei einer Aufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Aufnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums oder bei einer Aufnahme nach dem Beobachtungszeitraum ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.</p> <p>Für Patientinnen/Patienten, die invasiv beatmet verlegt (z. B. in ein Weaningzentrum) oder entlassen werden, entfällt die Nachverfolgung (siehe Abschnitt 3.4) und damit die Dokumentation durch die Krankenkasse.</p>
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)	Weaningzentrum UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning	<p>Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org)</p> <p>Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate (Beobachtungszeitraum) entlassen wurden und einmalig auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist.</p> <p>Bei einer Aufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Aufnahme innerhalb des</p>

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
		<p>Beobachtungszeitraums oder bei einer Aufnahme nach dem Beobachtungszeitraum ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.</p> <p>Für Patientinnen/Patienten, die invasiv beatmet verlegt (z. B. in ein Weaningzentrum) oder entlassen werden, entfällt die Nachverfolgung (siehe Abschnitt 3.4) und damit die Dokumentation durch die Krankenkasse.</p>
<p>Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus</p>	<p>(Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) ODER Vorliegen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) ODER Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung, qualifiziert mit einem GdB 70 bis 100)</p> <p>UND</p> <p>(Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe ODER</p>	

Leistungsbereich	Auslösung	Anmerkung
	Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum Ausschluss von Altersdemenzen muss die Einstufung in einem Pflegegrad bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahrs erfolgt sein.)	

2.4 Nullwertmessung/Vergleichsmessung

Um die Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags mit der Regelversorgung zu vergleichen, kann entweder eine Nullwertmessung oder eine Vergleichsmessung durchgeführt werden.

Bei **Nullwertmessungen** sind die erforderlichen Daten in einem zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten vor Beginn der Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags in der umsetzenden Einrichtung/den umsetzenden Einrichtungen zu erheben. Hierbei sind dieselben Dokumentationsbögen (siehe Abschnitt 2.2) zu verwenden wie bei der Interventionsmessung (Messung während die im Qualitätsvertrag vereinbarten Maßnahmen angewendet werden); auch die Auslösung der Dokumentation erfolgt in selber Weise (siehe Abschnitt 2.3).

Bei **Vergleichsmessungen** sind die erforderlichen Daten für den Zeitraum der Intervention bzw. Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsvertrags zu erheben. Dies kann ggf. mithilfe von Sozialdaten erfolgen oder bei einer Einrichtung bzw. Einrichtungen, die das Versorgungskonzept nicht umsetzen, geschehen. Auch hierbei sind alle in den Dokumentationsbögen (siehe Abschnitt 2.2) enthaltenen Daten zu dokumentieren wie bei der Interventionsmessung. Und auch die Auslösung der Dokumentation erfolgt in selber Weise (siehe Abschnitt 2.3).

3 Datenfluss

3.1 Datenfluss

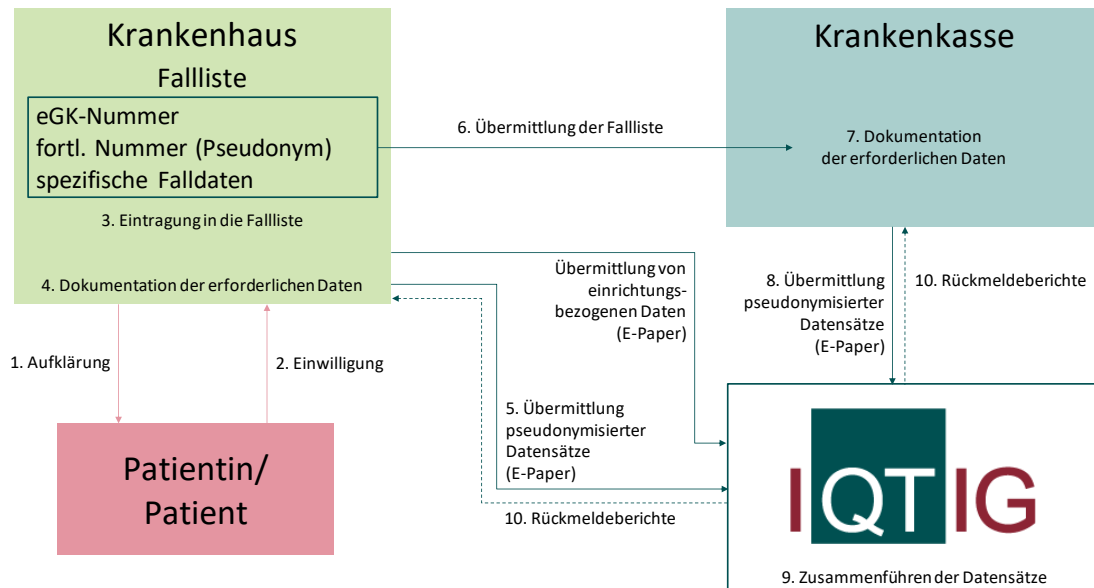


Abbildung 2: Datenfluss

Abbildung 2 zeigt den Datenfluss im Rahmen der Evaluation der Qualitätsverträge. Um eine Dokumentation vornehmen zu können, ist die Aufklärung (1.) und Einwilligung⁶ (2.) der Patientin oder des Patienten Voraussetzung. Darüber hinaus müssen die entsprechenden Einschlusskriterien zur Auslösung der Dokumentation erfüllt sein (siehe Abschnitt 2.3). Sind beide Voraussetzungen erfüllt, vergibt der Leistungserbringer ein entsprechendes Pseudonym für die Patientin oder den Patienten, in dem er die entsprechende Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer) der nächsten freien fortlaufenden Nummer (Pseudonym) der entsprechenden Fallliste (siehe Abschnitt 3.3) zuweist (3.). Das Pseudonym ist im Rahmen der Dokumentation durch den Leistungserbringer (4.) zu den anderen geforderten Angaben im entsprechenden Dokumentationsbogen zu dokumentieren, dieser ist anschließend an das IQTIG zu übermitteln (5.). Die Falllisten werden regelmäßig an die Krankenkasse übermittelt (6.). Mithilfe der Fallliste dokumentieren die Krankenkassen in den entsprechenden Dokumentationsbögen unter Angabe des Pseudonyms die geforderten Daten (7.) und übermitteln diese an das IQTIG (8.). Das IQTIG führt anhand des Pseudonyms die entsprechenden Datensätze zusammen (9.), wertet diese aus und stellt den Vertragspartnern, die die zentrale Organisationsform gewählt haben, Ergebnisse in Form von Rückmeldeberichten (10.) (siehe Kapitel 4) zur Verfügung.

⁶ Grundsätzlich sind die Krankenhausträger bzw. die teilnehmenden Krankenhäuser für die Einhaltung und Ausgestaltung ihres Datenschutzes gegenüber ihren Patientinnen und Patienten verantwortlich. Aus Sicht des IQTIG ist die schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten notwendig, um die Übermittlung von personenidentifizierenden Daten (Krankenversicherungsnummer, Pseudonyme) datenschutzrechtlich abzusichern.

3.2 Software

Die Dokumentationsbögen werden mithilfe der eForm Suite von Electric Paper (E-Paper, <https://www.electricpaper.de/produkte/eform-suite.html>) erstellt und im PDF-Format bereitgestellt. Daher können die Dokumentationsbögen grundsätzlich an jedem PC mit einer aktuellen Version des kostenfrei verfügbaren Adobe Acrobat Reader geöffnet, ausgefüllt und gespeichert werden. Eine spezielle Software sowie die Integration der Dokumentationsbögen in das jeweilige Krankenhausinformationssystem bzw. das jeweilige Softwaresystem einer Krankenkasse ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich. Den ausgefüllten Fragebogen übergibt der Leistungserbringer bzw. die Krankenkasse an das IQTIG, indem es diesen auf einer verschlüsselten Website hoch lädt.

Durch die Verschlüsselung wird eine geschützte und sichere Datenübertragung gewährleistet. ~~Dadurch~~ Durch die Nutzung des PDF-Formats und die Möglichkeit, dieses zwischen zu speichern, kann die Datenerfassung auch offline und in mehreren Schritten erfolgen.

3.3 Falllisten

Falllisten sind leistungsbereichsspezifisch und erfüllen zwei Funktionen. Zum einen wird die Krankenkasse durch die Übermittlung der in einer Fallliste enthaltenen eGK-Nummer darüber informiert, dass ein entsprechender Dokumentationsbogen für eine oder einen ihrer Versicherten auszufüllen ist. Zum anderen stellt die Fallliste Informationen zur Verfügung, die zur Dokumentation der entsprechenden Daten erforderlich sind (z. B. Pseudonym, Datum des Eingriffs). Diese Informationen entsprechen den Angaben des jeweiligen, durch den Leistungserbringer dokumentierten Dokumentationsbogens der betreffenden Patientin oder des betreffenden Patienten. In Tabelle 4 sind die in den Falllisten hinterlegten Informationen leistungsbereichsspezifisch dargelegt. Der Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung“ ist hierbei nicht aufgeführt, da für diesen Leistungsbereich keine Übermittlung von Daten der Krankenkassen an das IQTIG vorgesehen ist und damit eine Fallliste entfällt.

Tabelle 4: Datenfelder in den Falllisten, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Datenfelder
Endoprothetische Gelenkversorgung	Einrichtungsebene: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsvertrag-Kennzeichnung ▪ Institutionskennzeichen ▪ Erfassungszeitraum* Fallebene: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung ▪ Dokumentationsdatum** ▪ Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ▪ eGK-Nummer

Evaluation Qualitätsverträge

Leistungsbereich	Datenfelder
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pseudonym ▪ Datum des Eingriffs ▪ Versorgungsbereich
Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	<p>Einrichtungsebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsvertrag-Kennzeichnung ▪ Institutionskennzeichen ▪ Erfassungszeitraum* <p>Fallebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung ▪ Dokumentationsdatum** ▪ Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ▪ eGK-Nummer ▪ Pseudonym ▪ Datum des Eingriffs
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten [†]	<p>Einrichtungsebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsvertrag-Kennzeichnung ▪ Institutionskennzeichen ▪ Erfassungszeitraum* <p>Fallebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung ▪ Dokumentationsdatum** ▪ Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ▪ eGK-Nummer ▪ Pseudonym ▪ Entwoehungsdatum ▪ Entwoehungsdatum nach Wiederaufnahme ▪ Umstellungsdatum ▪ Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme

* Zeitraum, in welchem die in der Fallliste enthaltenen Fälle erfasst wurden.

** Datum, zu welchem die Dokumentation eines Falls abgeschlossen wurde.

[†] Für Patientinnen/Patienten, die invasiv beatmet verlegt oder entlassen werden, ist kein Nachverfolgungszeitraum und damit keine Übermittlung des Falls an die Krankenkasse vorgesehen.

Für jeden Qualitätsvertrag ist für jeweils alle Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen⁷ eine separate Fallliste über die gesamte Laufzeit⁸ des jeweiligen Qualitätsvertrags zu führen. Die entsprechende Fallliste ist zu den mit der Krankenkasse/den Krankenkassen vereinbarten Zeitpunkten, aber mindestens zum 1. März für das dritte und vierte Quartal des Vorjahres sowie zum 1. September für das erste und zweite Quartal des aktuellen Jahres, an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln. Hierbei sind nur die seit der letzten Übermittlung hinzugekommenen Fälle, deren *Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte* dem Institutionskennzeichen der empfangenden Krankenkasse entsprechen, zu übermitteln. Es ist eine sichere Übermittlung zu gewährleisten, die mithilfe von Datei-, E-Mail- und Transportverschlüsselungsverfahren erreicht werden kann.

3.4 Zeiträume und Fristen

Für Leistungserbringer wurden die Fristen zur Datenlieferung bereits im Projektplan festgeschrieben. Grundsätzlich ist mit der verwendeten Software (siehe Abschnitt 3.2) eine kontinuierliche Datenübertragung möglich. Die Dokumentation eines Erfassungsjahres (entspricht dem Kalenderjahr) ist bis zum 30. April des Folgejahres abzuschließen.

Für die fallbezogenen Dokumentationsbögen für Leistungserbringer gilt in diesem Zusammenhang: Die Zuordnung eines Dokumentationsbogens zu einem Erfassungsjahr geschieht mithilfe des Datums seines Abschlusses (siehe Tabelle 5)

Tabelle 5: Ermittlung des Abschlussdatums, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Abschlussdatum
Endoprothetische Gelenkversorgung	entspricht dem Entlassungsdatum
Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum + 6 Monate* Beobachtungszeitraum
Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus	entspricht dem Entlassungsdatum

* Für ein Entlassungsdatum, das auf den 29./30./31. fällt, gilt: Hat der letzte Monat des Beobachtungszeitraums keinen entsprechenden Tag, endet der Beobachtungszeitraum am letzten Tag dieses Monats.

Für die Übermittlung der Datenabfragen bei den Krankenkassen gilt, dass die Übermittlung der fallbezogenen, leistungsbereichsspezifischen Dokumentation vom Datum des Endes des jeweiligen Nachverfolgungszeitraums (Follow-up) abhängt (siehe Tabelle 6). Liegt dieses im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres, ist die Dokumentation zum 1. Januar des Folgejahres

⁷ Falls sich im Zeitverlauf ein Institutionskennzeichen ändert, ist eine neue Liste anzulegen.

⁸ Einschließlich einer möglichen Nullwertmessung

Evaluation Qualitätsverträge

abzuschließen. Liegt es im dritten oder vierten Quartal, ist sie zum 1. Juli des Folgejahres abzuschließen.

Tabelle 6: Ermittlung des Enddatums der Beobachtungszeit, leistungsbereichsspezifisch

Leistungsbereich	Abschlussdatum
Endoprothetische Gelenkversorgung	entspricht dem Entlassungsdatum + 24 Monate* Nachverfolgungszeitraum
Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum + 3 Monate* Nachverfolgungszeitraum
Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten	entspricht dem Entlassungsdatum + 6 Monate** und 14 Tage Nachverfolgungszeitraum
Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus	<i>keine Übermittlung von Daten vorgesehen</i>

* Für ein Entlassungsdatum, dass auf den 29./30./31. fällt, gilt: Hat der letzte Monat des Nachverfolgungszeitraum keinen entsprechenden Tag, endet der Nachverfolgungszeitraum am letzten Tag dieses Monats.

** Für ein Entlassungsdatum, dass auf den 29./30./31. fällt, gilt: Hat der sechste Monat nach der Entlassung keinen entsprechenden Tag, wird der letzte Tag dieses Monats als Ausgangspunkt dazu verwendet, um die weiteren 14 Tage hinzuzuzählen.

4 Rückmeldeberichte

Wie in Abschnitt 3.1 zum Datenfluss beschrieben, werden auf Grundlage der Daten der jeweiligen Vertragspartner Rückmeldeberichte erstellt, die an die jeweiligen Vertragspartner übermittelt werden. Dies gilt für die Vertragspartner von Qualitätsverträgen, die sich für eine zentrale Organisationsform entschieden haben. Bei Qualitätsverträgen mit dezentraler Organisationsform obliegt die vertragsspezifische Auswertung den Vertragspartnern bzw. bei eigens entwickelten Evaluationskennziffern ist diese den Vertragspartnern vorbehalten.

Die Rückmeldeberichte enthalten je nach Leistungsbereich die Ergebnisse aller im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 inkl. Addendum vom 7. März dargelegten obligaten Evaluationskennziffern (siehe untenstehende Liste). Sie werden zum 1. Oktober im Jahr nach dem Erfassungsjahr zur Verfügung gestellt. Daten, die aufgrund von Nachverfolgungszeiträumen (siehe Abschnitt 3.4) dem IQTIG noch nicht vorliegen, sind entsprechend nicht enthalten. Die dargestellten Ergebnisse werden darüber hinaus soweit möglich stratifiziert (nach Alter, Geschlecht und ggf. nach leistungsbereichsspezifischen Merkmalen). Darüber hinaus werden Zeitverläufe abgebildet.

Die im Projektplan benannten Ansprechpartner erhalten die Rückmeldeberichte im Format einer Excel-Datei, dieses ermöglicht die Weiterverwendung der Daten.

Endoprothetische Gelenkversorgung

- Personal: Fallzahlen pro Hauptoperateur
- Indikationsstellung: Präoperativer HOOS / KOOS Score
- Wahl des Implantats
- Definition eines individuellen Aktivitäts-/Partizipationsziels
- Konsiliarische Betreuung aus den Bereichen Geriatrie und Psychosomatik
- Patientenschule
- Frühe Mobilisation
- Gute Mobilisation: TUG
- Schmerzlinderung
- Patientenbefragung 1 Jahr poststationär
- Revisionsfreiheit 2 Jahre postoperativ nach elektivem Primärimplantat

Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten

- Anteil (%) des geschulten Personals am Gesamtpersonal
- Anteil (%) der adressierten Patientengruppe, bei dem bei Aufnahme oder Erstkontakt eine Risikoeinschätzung erfolgt, die mindestens die Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen und der Gebrechlichkeit anhand validierter Instrumente umfasst
- Anteil (%) bzw. Anzahl der Risikopatientinnen und Patienten mit kognitiver Auffälligkeit, die bei Aufnahme oder Erstkontakt anhand eines validierten Diagnoseinstruments auf das Vorliegen eines Delirs hin untersucht werden
- Anteil (%) bzw. Anzahl der Risikopatientinnen und -patienten (OP, ab 65 Jahren, kognitive Auffälligkeit und/oder gebrechlich), bei denen ein postoperatives Delirscreening erfolgt

Evaluation Qualitätsverträge

- Postoperative Delirrate (Änderung in %)
- Unterstützung des Vorhabens, den Effekt des Delirs auf die Institutionalisierungsrate bzw. Pflegegrad (als Proxy) der Patientin oder des Patienten zu prüfen

Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)

- (%) Anteil der entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten
- Intensivstationen mit Anbindung an ein Weaningzentrum/Weaningzentren
- (%) Anteil der invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten, der vor Entlassung in die außerklinische Beatmung in einem Weaningzentrum vorgestellt wird oder (nur in begründeten Fällen) in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung für außerklinische Beatmung entlassen wird
- Intensivstationen ohne Anbindung an ein Weaningzentrum/Weaningzentren
- (%) Anteil der invasiv beatmeten Patientinnen und Patienten, der in Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Einrichtung für außerklinische Beatmung entlassen wird
- (%) Anteil der reevaluierten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung
- (%) Anteil der reevaluierten und entwöhnten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung
- (%) Anteil der reevaluierten und stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung

Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)

- Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein Weaningzentrum aus der außerklinischen Langzeitbeatmung aufnimmt
- (%) Anteil der entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der reevaluierten Patientinnen und Patienten aus der außerklinischen Beatmung
- (%) Anteil der reevaluierten und entwöhnten Patientinnen und Patienten
- (%) Anteil der reevaluierten und stabil entwöhnten Patientinnen und Patienten

5 **Ausblick**

Die Spezifikation der Dokumentation (Anlage 1) sowie die Inhalte dieses Papiers sind Grundlage für die softwareseitige Umsetzung der Dokumentationsbögen durch E-Paper. Darüber hinaus werden die für die Dokumentation und Datenübermittlung erforderlichen Informationen, die im Rahmen dieses Papiers beschrieben sind, für die Vertragspartner als Anleitung zur Dokumentation aufbereitet.

EG	Endoprothetische Gelenkversorgung
PD	Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten
RE	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
MB	Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus
LE	Leistungserbringer
SOZ	Sozialdaten der Krankenkassen
(E)	einrichtungsbezogen
(F)	fallbezogen
INT	Intensivstation
WEZ	Weaningzentrum

Anlage zum Beschluss

Dokumentationsbogenkennung <i>Leistungsbereichsübergreifend</i> LE(E)	Leistungsbereich	Dokumentation	Dokumentationsebene	Dokumentationsauslösung	Anmerkungen
LE(F)		Leistungserbringerdokumentation	einrichtungsbezogen	bei jedem einrichtungsbezogenen Dokumentationsbogen der Leistungserbringerdokumentation	
SOZ(F)		Leistungserbringerdokumentation	fallbezogen	bei jedem fallbezogenen Dokumentationsbogen der Leistungserbringerdokumentation	
		Sozialdaten der Krankenkassen	fallbezogen	bei jedem fallbezogenen Dokumentationsbogen der Sozialdaten der Krankenkassen	
<i>Leistungsbereichsspezifisch</i> EG_LE(E)	Endoprothetische Gelenkversorgung	Leistungserbringerdokumentation	einrichtungsbezogen	jährliche Dokumentation für in Anlage 1 des Projektplans genannte Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags jeweils separat	
EG_LE(F)	Endoprothetische Gelenkversorgung	Leistungserbringerdokumentation	fallbezogen	elektiver endoprothetische Hüft- oder Kniegelenkeingriff	eingeschlossene OPS: Schulterendoprothetik 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y Hüftendoprothetik 5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n 5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29;5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8;5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y Knieendoprothetik 5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.88;5-822.89;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n 5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.f3;5-823.f4;5-823.f5;823.f6;5-823.f7;5-823.f8;5-823.f9;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y eingeschlossene OPS:
EG_SOZ(F)	Endoprothetische Gelenkversorgung	Sozialdaten der Krankenkassen	fallbezogen	elektiver endoprothetische Hüft- oder Kniegelenkeingriff	eingeschlossene OPS: Schulterendoprothetik 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.g;5-825.h;5-825.j;5-825.k0;5-825k1;5-825.kx;5-825.x;5-825.y Hüftendoprothetik 5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.x0;5-820.x1;5-820.x2;5-820.y;5-829.n 5-821.10;5-821.11;5-821.12;5-821.13;5-821.14;5-821.15;5-821.16;5-821.18;5-821.1x;5-821.20;5-821.22;5-821.24;5-821.25;5-821.26;5-821.27;5-821.28;5-821.29;5-821.2a;5-821.2b;5-821.2x;5-821.30;5-821.31;5-821.32;5-821.33;5-821.3x;5-821.40;5-821.41;5-821.42;5-821.43;5-821.4x;5-821.50;5-821.51;5-821.52;5-821.53;5-821.5x;5-821.60;5-821.61;5-821.62;5-821.63;5-821.6x;5-821.7;5-821.8;5-821.9;5-821.a;5-821.b;5-821.c;5-821.d;5-821.e;5-821.f0;5-821.f1;5-821.f2;5-821.f3;5-821.f4;5-821.fx;5-821.g0;5-821.g1;5-821.g2;5-821.g3;5-821.g4;5-821.g5;5-821.gx;5-821.h;5-821.j0;5-821.j1;5-821.j2;5-821.jx;5-821.k;5-821.x;5-821.y Knieendoprothetik 5-822.00;5-822.01;5-822.02;5-822.80;5-822.81;5-822.83;5-822.84;5-822.85;5-822.86;5-822.87;5-822.88;5-822.89;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.c;5-822.f0;5-822.f1;5-822.f2;5-822.g0;5-822.g1;5-822.g2;5-822.h0;5-822.h1;5-822.h2;5-822.j;5-822.j1;5-822.j2;5-822.k0;5-822.k1;5-822.k2;5-822.x0;5-822.x1;5-822.x2;5-822.y;5-829.n 5-823.0;5-823.10;5-823.11;5-823.19;5-823.1a;5-823.1b;5-823.1c;5-823.1d;5-823.1e;5-823.1f;5-823.1x;5-823.20;5-823.21;5-823.22;5-823.25;5-823.26;5-823.27;5-823.28;5-823.29;5-823.2a;5-823.2b;5-823.2x;5-823.40;5-823.41;5-823.42;5-823.43;5-823.4x;5-823.50;5-823.51;5-823.52;5-823.53;5-823.54;5-823.55;5-823.6;5-823.6;5-823.7;5-823.9;5-823.a;5-823.b0;5-823.b7;5-823.b8;5-823.b9;5-823.ba;5-823.bb;5-823.bx;5-823.c;5-823.d;5-823.e;5-823.f0;5-823.f1;5-823.f2;5-823.f3;5-823.f4;5-823.f5;823.f6;5-823.f7;5-823.f8;5-823.f9;5-823.fh;5-823.fx;5-823.g;5-823.h;5-823.j;5-823.k0;5-823.k1;5-823.k2;5-823.k3;5-823.k4;5-823.k5;5-823.k6;5-823.k7;5-823.kx;5-823.m;5-823.x;5-823.y
PD_LE(E)	Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	Leistungserbringerdokumentation	einrichtungsbezogen	jährliche Dokumentation für in Anlage 1 des Projektplans genannte Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags jeweils separat	
PD_LE(F)	Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	Leistungserbringerdokumentation	fallbezogen	Patientin/Patient ab 65 Jahren UND operativer Eingriff	
PD_SOZ(F)	Prävention des postoperativen Delirs bei älteren Patientinnen und Patienten	Sozialdaten der Krankenkassen	fallbezogen	Patientin/Patient ab 65 Jahren UND operativer Eingriff	
RE_INT_LE(E)	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)	Leistungserbringerdokumentation	einrichtungsbezogen	jährliche Dokumentation für in Anlage 1 des Projektplans genannte Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags jeweils separat	
RE_INT_LE(F)	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)	Leistungserbringerdokumentation	fallbezogen	Intensivstation UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning	Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanattemptsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanattemptsversuch (siehe Leitlinie: www.zwmmf.org)
RE_INT_SOZ(F)	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Intensivstation)	Sozialdaten der Krankenkassen	fallbezogen	Intensivstation UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning	Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate (Beobachtungszeitraum) entlassen wurden und einmalig auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist. Bei einer Aufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Aufnahme innerhalb des Beobachtungszeitraums oder bei einer Aufnahme nach dem Beobachtungszeitraum ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.
RE_WEZ_LE(E)	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)	Leistungserbringerdokumentation	einrichtungsbezogen	jährliche Dokumentation für in Anlage 1 des Projektplans genannte Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags jeweils separat	

Anlage zum Beschluss

RE_WEZ_LE(F)	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)	Leistungserbringerdokumentation	fallbezogen	Weaningzentrum UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning	Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanattemptsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanattemptsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org) Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate entlassen wurden und bis zu einmal auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originären Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist. Bei einer Neuaufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Aufnahme innerhalb der 6 Monate oder bei einer Aufnahme nach 6 Monaten ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen.
RE_WEZ_SOZ(F)	Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (Weaningzentrum)	Sozialdaten der Krankenkassen	fallbezogen	Weaningzentrum UND invasive Beatmung UND prolongiertes Weaning	Der Dokumentationsbogen entspricht dem LE(E)-Dokumentationsbogen.
MB_LE(E)	Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus	Leistungserbringerdokumentation	einrichtungsbezogen	jährliche Dokumentation für in Anlage 1 des Projektplans genannte Einrichtungen mit gemeinsamen Institutionskennzeichen eines Qualitätsvertrags jeweils separat	
MB_LE(F)	Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus	Leistungserbringerdokumentation	fallbezogen	(Vorliegen der Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) ODER Vorliegen einer geistigen Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) ODER Vorliegen einer schweren körperlichen oder seelischen Behinderung, qualifiziert mit einem GdB 70 bis 100) UND (Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe ODER Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum Ausschluss von Altersdemenzen muss die Einstufung in einem Pflegegrad bereits vor Vollendung des 65. Lebens-jahrs erfolgt sein.)	

Anlage zum Beschluss

Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
eindeutiger Variablenname	Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)	empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation	Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage	Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)	Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld	Festlegung des Datenformats	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels 1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern	mögliche Überprüfung von Inhalten	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung	Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung
LE Messung			MUSS	Messung		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL					
LE Messzeitraum Datum Beginn			MUSS	Messbeginn	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
LE Messzeitraum Datum Ende			MUSS	Messende	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
LE Qualitätsvertrag			MUSS	Qualitätsvertrag-Kennzeichnung	Format: QV-XX-00000-0000	Eingabefeld	[1:GANZEZAHL(4STELLEN)]				Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTiG vergeben hat.	
LE Institutionskennzeichen			MUSS	Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	nach ARGE-IK	Eingabefeld	ZAHLSTELLEN				Definition der adressierten Patientengruppe siehe Dokumentationsauslösung	
LE Adressierte Patientengruppe 1	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Anzahl der Patientinnen/Patienten in der adressierten Patientengruppe		Eingabefeld	GANZEZAHL				Es sind die Patientinnen/Patienten der adressierten Patientengruppe zu zählen, die im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags potentiell hätten versorgt werden können.	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Adressierte Patientengruppe 2	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Wurden Patientinnen/Patienten aus der adressierten Patientengruppe von der Versorgung im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags ausgeschlossen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				VERGLEICHSMESSUNG NULLWERTMESSUNG: entfällt
LE Adressierte Patientengruppe 3	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Wie viele Patientinnen/Patienten wurden aus der adressierten Patientengruppe von der Versorgung im Rahmen des hierfür relevanten Qualitätsvertrags ausgeschlossen?		Eingabefeld	GANZEZAHL				Es sind die Patientinnen/Patienten zu zählen, die zwar zur definierten Zielgruppe gehören, aber bspw. aufgrund von Sonderregelungen (siehe Projektplan) von der Versorgung im Rahmen des Qualitätsvertrags ausgeschlossen wurden.	VERGLEICHSMESSUNG NULLWERTMESSUNG: entfällt Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Versorgungsstufe	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Versorgungsstufe		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=Grundversorgung 2=Regelversorgung 3=Schwerpunktversorgung 4=Maximalversorgung				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Tätigkeitschwerpunkt	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Tätigkeitschwerpunkt		Eingabefeld	TEXT					NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Abteilungen	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Anzahl an Abteilungen		Eingabefeld	GANZEZAHL					NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Patientenzahl stationär	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Anzahl der stationär behandelten Patientinnen/Patienten		Eingabefeld	GANZEZAHL				Anzahl entlassener, stationär behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Patientenzahl ambulant	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Anzahl der ambulant, vertragsärztlich behandelten Patientinnen/Patienten		Eingabefeld	GANZEZAHL				Anzahl entlassener, ambulant behandelter Patientinnen und Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Planbetten	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Anzahl der Plan-Betten		Eingabefeld	GANZEZAHL					NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Bettenzahl	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Bettenzahl (gesamt)		Eingabefeld	GANZEZAHL					NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Personal Arzt	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Personal: ärztlicher Bereich	in Vollzeitäquivalenten (VZA)	Eingabefeld	ZAHL				Hauptamtliche Ärzte (ohne Belegärzte und ohne Zahnärzte)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Personal Andere	zum 31.12. des Erfassungsjahrs	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Personal: nicht-ärztlicher Bereich	in Vollzeitäquivalenten (VZA)	Eingabefeld	ZAHL				Nichtärztliches Krankenhauspersonal (ohne Personal der Ausbildungsstätten), einschließlich Schüler/Auszubildende.	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
LE Versorgungskonzept	1. Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	MUSS	Welche Aussagen trifft zu?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ein neues Versorgungskonzept wurde eingeführt 2=kein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept wurde fortgeführt 3=kein in der Einrichtung etabliertes Versorgungskonzept wurde angepasst fortgeführt				NULLWERTMESSUNG: entfällt

Anlage zum Beschluss

Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/ Nullwertmessung
eindeutiger Variablenname	Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)	empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation	Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage	Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)	Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld	Festlegung des Datenformats	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels 1=Intervallmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung	mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern	mögliche Überprüfung von Inhalten	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung	Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung
PAT_Messung			MUSS	Messung		Einfachnennung		NUMSCHLUESSEL (0V-XX)ZAHLSTELLEN				
PAT_Qualitätsvertrag			MUSS	Qualitätsvertragskennzeichnung	Format: QV-XX-00000-0000	Eingabefeld		(1)GANZZAHL(4STELLEN)			Es ist die Qualitätsvertragskennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.	
PAT_Institutionskennzeichen LE	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Institutionskennzeichen (Leistungsbringer)	nach ARGE-IX sechsstellig ggf. mit führenden Nullen (z. B. 000201)	Eingabefeld		ZAHL(6STELLEN)			Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Falllisten zugeordnet. Hierbei wird der eGK-Nummer die nächste freie fortlaufende Nummer als Patientens pseudonym zugewiesen.	
PAT_Pseudonym	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Pseudonym	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld		DATUM				
PAT_Geburtsdatum	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Geburtsdatum		Eingabefeld			1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt			
PAT_Geschlecht	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Geschlecht		Einfachnennung		NUMSCHLUESSEL				
PAT_Institutionskennzeichen KK	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	nach ARGE-IX	Eingabefeld		ZAHL(9STELLEN)				
PAT_PLZ	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts		Eingabefeld		ZAHL(5STELLEN)			bis zur Einführung der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V	
PAT_Standortkennzeichen	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Standortkennzeichen des entlassenden Standorts		Eingabefeld		ZAHL(9STELLEN)			ab der Einführung der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V	
PAT_Fachabteilung	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	behandelnde Fachabteilung	Schlüssel 1	Einfachnennung		ZAHL(4STELLEN)				
PAT_Aufnahmedatum	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld		DATUM				
PAT_Aufnahmediagnose	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Aufnahmediagnose	nach ICD-10-GM alle Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich stehen;	Eingabefeld		ICD10(LOOP)			Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
PAT_Prozeduren	während des stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Prozeduren	nach OPS	Eingabefeld		OPS(LOOP)		Wert ist gleich oder größer PAT_Aufnahmedatum	Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
PAT_Entlassungsdatum	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld		DATUM				
PAT_Entlassungsgrund	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Entlassungsgrund	Schlüssel 2	Eingabefeld		ZAHL(2STELLEN)				
PAT_Entlassungsdiagnosen	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Entlassungsdiagnosen	alle Diagnosen, die zum Entlassungszeitpunkt vorliegen nach ICD-10-GM	Eingabefeld		ICD10(LOOP)			Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	

Anlage zum Beschluss

Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausfüllhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
eindeutiger Variablenname	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)</i>	<i>Einfachnennung Mehrfachnennung Einzabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
SOZ Messung			MUSS	Messung		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL [QV-XX-(ZAHLSSTELLEN)	1=Interventionsmessung 2=Vergleichsmessung 3=Nullwertmessung				
SOZ Qualitätsvertrag SOZ Institutionskennzeichen LE			MUSS MUSS	Qualitätsvertrag-Kennzeichnung Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)	Format: QV-XX-00000-0000 nach ARGE-IK	Einzabefeld Einzabefeld	[JG-ANZEZZAHLSSTELLEN] ZAHLSSTELLEN				Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTiG verzeihen hat. Die Pseudonyme können der vom Krankenhaus übermittelten Fallliste für die jeweilige eGK-Nummer entnommen werden.	
SOZ Pseudonym SOZ Geburtsdatum	Erfassungsjahr Erfassungsjahr		MUSS MUSS	Pseudonym Geburtsdatum	sechstellig ggf. mit führenden Nullen (z. B. 000201) TT.MM.JJJJ	Einzabefeld Einzabefeld	ZAHLSSTELLEN DATUM					
SOZ Geschlecht SOZ Institutionskennzeichen KK	Erfassungsjahr Erfassungsjahr		MUSS MUSS	Geschlecht Institutionskennzeichen (Krankenkasse)	nach ARGE-IK	Einfachnennung Einzabefeld	NUMSCHLUESSEL ZAHLSSTELLEN	1=männlich 2=weiblich 3=divers 66=unbestimmt				

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)</i>	<i>Datenfeldbezeichnung: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
EG-2	EG_LE_Zertifizierung	1. Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Endoprothetik vorgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 1=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 2=ja, eine Zertifizierung bestand bereits	WENN EG_LE_Zertifikat=1 ODER EG_LE_Zertifikat=2			NULLWERTMESSUNG: entfällt
EG-2	EG_LE_Zertifizierung_Name	1. Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Welche Zertifizierung wurde oder wird vorgenommen (z. B. endoCert)		Eingabefeld	TEXT					NULLWERTMESSUNG: entfällt
EG-4	EG_LE_Implantat_1	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Es wurden keine Implantate verwendet, die von den entsprechenden Stellen und Regionen (z. B. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) als auffällig eingestuft waren?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
EG-4	EG_LE_Implantat_2	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, wurden nur im Rahmen von Studien verwendet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
EG-4	EG_LE_Implantat_3	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Die Einrichtung verfügte über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja			Das Sicherheitskonzept beinhaltet die Meldepflichtung nach § 294a Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen sowie nach § 3 Absatz 2 MPSV in Verbindung mit Absatz 1 gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)</i>	<i>Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung Jede Hauptoperateurin/Jeder Hauptoperateur verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechselsoperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der Einrichtung erbringen. Eine Operation ist einer Hauptoperateurin/einem Hauptoperateur nur dann zur Ermittlung der Mindestfallzahlen zuzuordnen, wenn dieser den Eingriff selbst durchgeführt bzw. zu Weiterbildungszwecken assistiert hat. Bei einer Operation, die durch zwei Hauptoperateure durchgeführt wird, ist dieser Fall nur einem der beiden Operateure zuzuordnen.</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
EG-1	EG_LE_Hauptoperateur	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Verfügte die Einrichtung über mindestens zwei Hauptoperateurinnen/Hauptoperateure?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 0=nein 1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 6=nein, Zertifizierung bestand bereits				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
EG-2	EG_LE_Zertifizierung	1. Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Endoprothetik vorgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN EG_LE_Zertifikat=1 ODER EG_LE_Zertifikat=2			NULLWERTMESSUNG: entfällt
EG-2	EG_LE_Zertifizierung_Name	1. Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Welche Zertifizierung wurde oder wird vorgenommen (z. B. endoCert)		Eingabefeld	TEXT					NULLWERTMESSUNG: entfällt
EG-4	EG_LE_Implantat_1	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Es wurden keine Implantate verwendet, die von den entsprechenden Stellen und Registern (z. B. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) als auffällig eingestuft waren?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
EG-4	EG_LE_Implantat_2	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Produkte, die noch nicht länger als drei Jahre auf dem Markt waren, wurden nur im Rahmen von Studien verwendet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=Aussage trifft nicht zu 1=Aussage trifft zu				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
EG-4	EG_LE_Implantat_3	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Die Einrichtung verfügte über ein Sicherheitskonzept zum Umgang mit Produktfehlern der Implantate?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja			Das Sicherheitskonzept beinhaltet die Meldepflichtung nach § 294a Absatz 1 SGB V gegenüber den Krankenkassen sowie nach § 3 Absatz 2 MPSV in Verbindung mit Absatz 1 gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
EG-11	EG_LE_Rehabilitation	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Bestand eine Kooperation mit einer Rehabilitationsrichtung für Patientinnen/Patienten, die endoprothetisch versorgt wurden?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausfüllhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angeb., ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)</i>	<i>Einfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels, 1=Schulterendoprothetik 6=Andere(TEXT) 1=aktiver Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
EG_PAT_Versorgung	EG_PAT_Versorgung	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Versorgungsbereich		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL					
EG_PAT_Eingriff_Art	EG_PAT_Eingriff_Art	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Art des Eingriffs		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL				Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
EG_PAT_Prozeduren	EG_PAT_Prozeduren	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Prozeduren	alle OPS des durchgeführten Eingriffs	Einfachnennung	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1=recht 2=links 3=beidseitig		Wert ist gleich oder größer	eingeschlossene OPS: 5-824.00;5-824.01;5-824.0x;5-824.1;5-824.20;5-824.21;5-824.x;5-824.y 5-825.00;5-825.10;5-825.11;5-825.12;5-825.1x;5-825.20;5-825.21;5-825.x;5-825.7;5-825.8;5-825.f;5-825.x;5-825.h;5-825.i;5-825.k;0;5-825k;1;5-825.kx;5-825.v	
EG_PAT_Eingriff_Datum	EG_PAT_Eingriff_Datum	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Datum des Eingriffs	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
EG_PAT_Eingriff_Beginn	EG_PAT_Eingriff_Beginn	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Beginn des Eingriffs	hh:mm	Eingabefeld	UHRZEIT					
EG_PAT_Eingriff_Dauer	EG_PAT_Eingriff_Dauer	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Dauer des Eingriffs	Schritt-Naht-Zeit, Minuten	Eingabefeld	GANZZAHLAGSTELLEN					
EG_PAT_Ziel	EG_PAT_Ziel	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihre/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				
EG_PAT_Ziel_Text	EG_PAT_Ziel_Text	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.		Eingabefeld	TEXT		WENN EG_PAT_Ziel=1			

Anlage zum Beschluss

Evaluationskenniffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausfüllhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
Angabe welche Evaluationskenniffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann	eindeutiger Variablenname	Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)	empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation	Angabr., ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage	Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterteil)	Einfachfächernung Mehrfachnennung Eingabefeld	Festlegung des Datenformats	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels	mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern	mögliche Überprüfung von Inhalten	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung	Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung
EG-1	EG PAT Hauptopereur Fall	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Operation durch mindestens eine Hauptopereurin/einen Hauptopereur durchgeführt bzw. hat eine Hauptopereurin/ein Hauptopereur bei der Operation assistiert?		Einfachfächernung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 1=Hüftendoprothetik 2=Knieendoprothetik 6=6-Anderer(TEXT) 1=keiner Eingriff 2=dringender Eingriff 3=Notfalleingriff			Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
	EG_PAT_Versorgung	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Versorgungsbereich		Einfachfächernung	NUMSCHLUESSEL				eingeschlossene OPS: Hüftendoprothetik 5-820.00;5-820.01;5-820.02;5-820.20;5-820.21;5-820.22;5-820.30;5-820.31;5-820.40;5-820.41;5-820.50;5-820.51;5-820.70;5-820.71;5-820.72;5-820.80;5-820.81;5-820.82;5-820.92;5-820.93;5-820.94;5-820.95;5-820.96;5-820.97;5-820.98;5-820.99 Knieendoprothetik 5-822.10;5-822.11;5-822.12;5-822.13;5-822.14;5-822.15;5-822.16;5-822.18;5-822.18c;5-822.20;5-822.21;5-822.22;5-822.23;5-822.24;5-822.25;822.26;5-822.27;5-822.28;5-822.29;5-822.30;5-822.31;5-822.32;5-822.33;5-822.34;5-822.35;822.36;5-822.37;5-822.38;5-822.39;5-822.40;5-822.41;5-822.42;5-822.43;5-822.44;5-822.45;5-822.46;5-822.47;5-822.48;5-822.49;5-822.50;5-822.51;5-822.52;5-822.53;5-822.54;5-822.55;822.56;5-822.57;5-822.58;5-822.59;822.60;5-822.61;5-822.62;5-822.63;5-822.64;5-822.65;822.66;5-822.67;5-822.68;5-822.69;5-822.70;5-822.71;5-822.72;5-822.73;5-822.74;5-822.75;822.76;5-822.77;5-822.78;5-822.79;5-822.80;5-822.81;5-822.82;5-822.83;5-822.84;5-822.85;822.86;5-822.87;5-822.88;5-822.89;5-822.90;5-822.91;5-822.92;5-822.93;5-822.94;5-822.95;822.96;5-822.97;5-822.98;5-822.99	
	EG PAT Eingriff Art	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Art des Eingriffs		Einfachfächernung	NUMSCHLUESSEL					
	EG PAT Prozeduren	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Prozeduren	alle OPS des durchgeführten Eingriffs	Einfachfächernung	OPS(LDOP) NUMSCHLUESSEL	1=rechts 2=links 3=beidseitig		Wert ist gleich oder größer PAT Aufnahmetermin		
	EG PAT Eingriff Datum	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Datum des Eingriffs	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
	EG PAT Eingriff Beginn	intraoperativ	bei Entlassung	MUSS	Beginn des Eingriffs	hh:mm	Eingabefeld	UHRZEIT					
	EG PAT Eingriff Dauer	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Dauer des Eingriffs	SCHRIIT-Naht-Zeit, Minuten	Eingabefeld	GANZEZAHL(4STELLEN)					
EG-3	EG_PAT_Indikation prä	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten präoperativ erreicht?	Bitte geben Sie für die einzelnen Subskalen jeweils den Scorewert an.	Eingabefeld	"Schmerzen"GANZEZAHL "Symptome"GANZEZAHL "Alltägliche Aktivitäten"GANZEZAHL "Lebensqualität"GANZEZAHL				Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbstständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)	
EG-11	EG PAT Indikation post	postoperativ (1 Jahr)	vier Wochen nach Versand des Fragebogens an die Patientin/den Patienten	MUSS	Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten postoperativ erreicht?	Bitte geben Sie für die einzelnen Subskalen jeweils den Scorewert an.	Eingabefeld	"Schmerzen"GANZEZAHL "Symptome"GANZEZAHL "Alltägliche Aktivitäten"GANZEZAHL "Lebensqualität"GANZEZAHL	77=keine Rückmeldung durch die Patientin/den Patienten			Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbstständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)	
EG-5	EG_PAT_Ziel	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?	Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihn/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?	Einfachfächernung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	WENN EG_PAT_Ziel=1			
EG-5	EG_PAT_Ziel_Text	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.		Eingabefeld	TEXT					
EG-6	EG_PAT_Konsil	während des stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?		Einfachfächernung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 1=Gerätie 2=Physiotherapeut 6=6-Anderer(TEXT)				
EG-6	EG PAT Konsil Fachdisziplin	während des stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	In welcher Fachdisziplin wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja, mit der Patientin/dem Patienten 2=ja, mit (einer/einem) Angehörigen	WENN EG PAT Konsil=1			
EG-7	EG PAT Patientenschule	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde eine präoperative Schulung durchgeführt, um eine frühzeitige Mobilisierung zu erreichen?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL					
EG-8	EG PAT Mobilisation Datum	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Datum der ersten postoperativen Mobilisation	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM			Wert ist gleich oder größer EG PAT Eingriff Datum		
EG-8	EG PAT Mobilisation Uhrzeit	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Uhrzeit der ersten postoperativen Mobilisation	hh:mm	Eingabefeld	UHRZEIT					
EG-9	EG_PAT_Mobilisation_TUG	ein Tag vor der Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Ergebnis des Timed up and go Tests (TUG)	In Sekunden am Tag vor der Entlassung	Eingabefeld	GANZEZAHL				Timed up and go Test (TUG): Die untersuchte Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen (Stuhöhe ca. 46 cm). Es darf gegebenenfalls ein Hilfenetz (z. B. Gehstock) benutzt werden. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhls an. Beim Erreichen dieser Position hilft die untersuchte Person nicht mit. Nach Aufforderung soll die untersuchte Person mit einem normalen und sicheren Gang bis zu einer Linie laufen, die in drei Metern Entfernung vor dem Stuhl auf dem Boden markiert ist, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition begeben. Die benötigte Zeit ab Ende Aufforderung bis Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in Sekunden notiert, es ist keine Stopuhr vorgeschrieben. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchte Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren. Schmerz in Ruhe auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10	
EG-10	EG PAT Schmerz Ruhe	ein Tag vor der Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Ergebnis des Schmerztests in Ruhe	am Tag vor der Entlassung	Eingabefeld	GANZEZAHL				Schmerz unter Belastungen auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10	
EG-10	EG PAT Schmerz Belastung	ein Tag vor der Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Ergebnis des Schmerztests unter Belastung	am Tag vor der Entlassung	Eingabefeld	GANZEZAHL					

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausfüllhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung				
Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann	eindeutiger Variablenname	Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)	empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation	Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann	Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage	Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)	Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld	Festlegung des Datenformats	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssel	mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern	mögliche Überprüfung von Inhalten	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist. zu dokumentierende OPS: Schulterendoprothetik S-824.00-5-824.01-5-824.04-5-824.11-5-824.20-5-824.21-5-824.k-5-824.y S-825.00-5-825.10-5-825.11-5-825.12-5-825.14-5-825.20-5-825.21-5-825.k-5-825.7-5-825.8-5-825.f-5-825.g-5-825.h-5-825.j-5-825.k0-5-825k1-5-825.kk-5-825.k-5-825.y Hüftendoprothetik S-820.00-5-820.01-5-820.02-5-820.20-5-820.21-5-820.22-5-820.30-5-820.31-5-820.40-5-820.41-5-820.50-5-820.51-5-820.70-5-820.71-5-820.72-5-820.80-5-820.81-5-820.82-5-820.92-5-820.93-5-820.94-5-820.95-5-820.96-5-820.x0-5-820.x1-5-820.x2-5-820.y-5-820.n S-821.10-5-821.11-5-821.12-5-821.13-5-821.14-5-821.15-5-821.16-5-821.18-5-821.1k-5-821.20-5-821.22-5-821.24-5-821.25-821.26-5-821.27-5-821.28-5-821.29-5-821.2a-5-821.2b-5-821.2c-5-821.2d-5-821.30-5-821.31-5-821.32-5-821.33-5-821.34-5-821.40-5-821.41-5-821.42-5-821.43-5-821.4c-5-821.50-5-821.51-5-821.52-5-821.53-5-821.5k-5-821.60-5-821.61-5-821.62-5-821.63-5-821.6c-5-821.7-5-821.8-5-821.9-5-821.a-5-821.b-5-821.c-5-821.d-5-821.e-5-821.f-5-821.g-5-821.h-5-821.i-5-821.j-5-821.k-5-821.l-5-821.m-5-821.n-5-821.o-5-821.p-5-821.q-5-821.r-5-821.s-821.t-5-821.u-5-821.v-821.w-821.x-821.y-821.z 821.jk-5-821.k-5-821.l-5-821.y	mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssel	mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern	mögliche Überprüfung von Inhalten	mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist. zu dokumentierende OPS: Schulterendoprothetik S-824.00-5-824.01-5-824.04-5-824.11-5-824.20-5-824.21-5-824.k-5-824.y S-825.00-5-825.10-5-825.11-5-825.12-5-825.14-5-825.20-5-825.21-5-825.k-5-825.7-5-825.8-5-825.f-5-825.g-5-825.h-5-825.j-5-825.k0-5-825k1-5-825.kk-5-825.k-5-825.y Hüftendoprothetik S-820.00-5-820.01-5-820.02-5-820.20-5-820.21-5-820.22-5-820.30-5-820.31-5-820.40-5-820.41-5-820.50-5-820.51-5-820.70-5-820.71-5-820.72-5-820.80-5-820.81-5-820.82-5-820.92-5-820.93-5-820.94-5-820.95-5-820.96-5-820.x0-5-820.x1-5-820.x2-5-820.y-5-820.n S-821.10-5-821.11-5-821.12-5-821.13-5-821.14-5-821.15-5-821.16-5-821.18-5-821.1k-5-821.20-5-821.22-5-821.24-5-821.25-821.26-5-821.27-5-821.28-5-821.29-5-821.2a-5-821.2b-5-821.2c-5-821.2d-5-821.30-5-821.31-5-821.32-5-821.33-5-821.34-5-821.40-5-821.41-5-821.42-5-821.43-5-821.4c-5-821.50-5-821.51-5-821.52-5-821.53-5-821.5k-5-821.60-5-821.61-5-821.62-5-821.63-5-821.6c-5-821.7-5-821.8-5-821.9-5-821.a-5-821.b-5-821.c-5-821.d-5-821.e-5-821.f-5-821.g-5-821.h-5-821.i-5-821.j-5-821.k-5-821.l-5-821.m-5-821.n-5-821.o-5-821.p-5-821.q-5-821.r-5-821.s-821.t-5-821.u-5-821.v-821.w-821.x-821.y-821.z 821.jk-5-821.k-5-821.l-5-821.y	Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung
EG-12	EG SQZ Status	postoperativ (2 Jahre)	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bereich Abschnitt 3.4)	MUSS	Abfrage OPS		Eingabefeld	OPS(LOOP) NUMSCHLUESSEL	1-rechts 2-links 3-beidseitig			Knieendoprothetik					

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Untertitel)</i>	<i>Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung</i>
PD-EV-KZD	PD LE Schulung	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Finden regelhaft berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Schulungen der Mitarbeitenden zur Prävention des postoperativen Delirs statt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 1=Risiko einschätzung des postoperativen Delirs 2=Anwendung validierter Screeninginstrumente 3=Präventionsprogramme zum postoperativen Delir 4=Stille der Angehörigen und deren Schulung und Aufklärung über Präventionsmaßnahmen			Die Definition von "regelhaft" in diesem Zusammenhang, sollte von Vertragspartner vereinbart werden.	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
PD-EV-KZD	PD LE Schulung Inhalt	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Welche Inhalte werden in der Schulung behandelt?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN PD Schulung=1			NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
PD-EV-KZD	PD Schulung MA gesamt	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Wie viele Mitarbeitende sind jeweils in den relevanten Abteilungen beschäftigt?		Eingabefeld	GANZEZAHL		WENN PD Schulung=1		Mitarbeitende schließt das gesamte Personal mit ein, das nach dem zugrunde liegenden Versorgungskonzept an der Versorgung mitwirkt (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Therapeuten/innen, ggf. auch weiteres Personal) Alle Abteilungen sind miteinzubeziehen, die im Versorgungsplan des zugrundeliegenden Versorgungskonzept berührt sind (z. B. Operationsbereich, Intensivstation, Chirurgie) Zu zählen sind alle Mitarbeitenden, die im Erfassungsjahr in der Einrichtung beschäftigt waren (hierzu zählen auch ausgeschiedene Mitarbeitende) und mindestens 30 Tage anwesend waren. Abwesenheit besteht z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit.	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
PD-EV-KZD	PD LE Schulung MA geschult	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Wie viele Mitarbeitende in den relevanten Abteilungen haben die Schulung vollständig durchlaufen?		Eingabefeld	GANZEZAHL		WENN PD Schulung=1		Zu zählen sind alle geschulten Mitarbeitenden, die im Erfassungsjahr in der Einrichtung beschäftigt waren (hierzu zählen auch ausgeschiedene Mitarbeitende) und mindestens 30 Tage anwesend waren. Abwesenheit besteht z. B. bei Mutterschutz, Elternzeit oder Arbeitsunfähigkeit.	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der letzte Tag des Zeitraums der Nullwertmessung

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausfüllhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels 1=lektiver Eingriff 2=ringender Eingriff 3=Notfallingriff 0=nein</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
PD-EV-K21	PD PAT Eingriff Art	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Art des Eingriffs		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=lektiver Eingriff 2=ringender Eingriff 3=Notfallingriff 0=nein			ICD-10-GM: vorrangig F00-F03	
PD-EV-K21	PD PAT Demenz	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Liegt eine Demenz vor?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja 0=nein				
PD-EV-K21	PD PAT Kognition	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde ein kognitives Screening durchgeführt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja 0=nein	WENN PD PAT Kognition=1			
PD-EV-K22	PD PAT Kognition Ergebnis	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde durch das kognitive Screening ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir festgestellt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=Clock-drawing Test (CDT) 2=Demenz-Detection (DemTect) 3=Delirium Symptom Interview (DSI) 4=Mini-Cog TM 5=Mini-Mental State Examination (MMSE) 6=Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 7=4 As Test (4AT) 66=Andere(T)EXT	WENN PD PAT Kognition=1		Instrumente zur Erfassung kognitiver Einschränkungen sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.	
PD-EV-K21	PD PAT Kognition Test	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Welches kognitive Screening wurde verwendet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja 0=nein	WENN PD PAT Kognition=1			
PD-EV-K21	PD PAT Gebrechlichkeit	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde ein Test zur Messung der Gebrechlichkeit durchgeführt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja 0=nein				
PD-EV-K22	PD PAT Gebrechlichkeit Ergebnis	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde durch den Test zur Messung der Gebrechlichkeit ein erhöhtes Risiko für ein postoperatives Delir festgestellt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja 2=Messung nach Fried 3=identification of Seniors at Risk (ISAR) 4=Triage Risk Stratification Tool (TRST) 5=Geriatrisches Screening nach Lachs 66=Andere(T)EXT	WENN PD PAT Gebrechlichkeit=1		Instrumente zur Erfassung der Gebrechlichkeit sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 f. benannt.	
PD-EV-K22	PD PAT Gebrechlichkeit Test	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Welcher Test zur Messung der Gebrechlichkeit wurde verwendet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 0=nein	WENN PD PAT Gebrechlichkeit=1		Instrumente zur Erfassung eines Delirs sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.	
PD-EV-K22	PD PAT Screening prä	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde präoperativ ein Delirscreening durchgeführt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 0=nein				
PD-EV-K22	PD PAT Screening prä Ergebnis	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Lag präoperativ ein Delir vor?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja			ICD-10-GM: vorrangig F05	
PD-EV-K23	PD PAT Screening prä Test	präoperativ	bei Entlassung	MUSS	Welches Delirscreening wurde präoperativ verwendet?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=Confusion Assessment method (CAM) 2=Confusion Assessment method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) 3=Delirium Observation Screening Scale (DOS) 4=Delirium Rating Scale- Revised-98 (DRS-98) 5=Delirium Detection Score (DDS) 6=intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 7=Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) 8=NEECHAM Confusion Scale 9=Nu-DESC;10=4 As Test (4AT) 66=Andere(T)EXT			Instrumente zur Erfassung eines Delirs sind im Abschlussbericht vom 22. Dezember 2017 auf S. 93 benannt.	
PD-EV-K23	PD PAT Screening post	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Wurde ein postoperatives Delirscreening durchgeführt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 0=nein				
PD-EV-K24	PD PAT Screening post Ergebnis	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Liegt ein postoperatives Delir vor?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja			ICD-10-GM: vorrangig F05	
PD-EV-K23	PD PAT Screening post Test	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Welches Delirscreening wurde postoperativ verwendet?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=Confusion Assessment method (CAM) 2=Confusion Assessment method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) 3=Delirium Observation Screening Scale (DOS) 4=Delirium Rating Scale- Revised-98 (DRS-98) 5=Delirium Detection Score (DDS) 6=intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) 7=Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) 8=NEECHAM Confusion Scale 9=Nu-DESC;10=4 As Test (4AT) 66=Andere(T)EXT				
PD-EV-K23	PD PAT Screening Intensiv	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Intensivstation: Bitte geben Sie für die ersten 72 postoperativen Stunden Datum und Uhrzeit an, wann Delir-Screenings durchgeführt wurden.	TT.MM.JJJJ hh:mm	Eingabefeld	DATUM UHRZEIT (DDDDOP) DATUM					
PD-EV-K23	PD PAT Screening Normal	postoperativ	bei Entlassung	MUSS	Aufwacht/Normalisation: Bitte geben Sie für die ersten 72 postoperativen Stunden Datum und Uhrzeit an, wann Delir-Screenings durchgeführt wurden.	TT.MM.JJJJ hh:mm	Eingabefeld	DATUM UHRZEIT (FLOOP)					
PD-EV-K23	PD PAT Entlassung	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient in ein permanentes Umfeld entlassen (z. B. nach Hause, in eine Pflegeeinrichtung)?		Eingabefeld	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld <i>Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:</i> Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>	
PD-EV-KZ5	PD SOZ Pflegegrad prä	präoperativ (3 Monate), monatsgenau	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Bitte geben Sie den präoperativen Pflegegrad an.	3 Monate vor der Operation	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0es liegt keine Einstufung vor 1=Pflegegrad 1 2=Pflegegrad 2 3=Pflegegrad 3 4=Pflegegrad 4 5=Pflegegrad 5			Der Messzeitpunkt ist monatsgenau zum Operationsdatum zu bestimmen.	
PD-EV-KZ5	PD SOZ Pflegegrad post	postoperativ (3 Monate), monatsgenau	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Bitte geben Sie den postoperativen Pflegegrad an.	3 Monate nach der Operation	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0es liegt keine Einstufung vor 1=Pflegegrad 1 2=Pflegegrad 2 3=Pflegegrad 3 4=Pflegegrad 4 5=Pflegegrad 5			Der Messzeitpunkt ist monatsgenau zum Operationsdatum zu bestimmen.	

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausfüllhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssel</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
RE-fakultativ	RE Zertifizierung	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Entwehnung der Beatmung vorgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN RE_Zertifizierung=1 ODER RE_Zertifizierung=2 ODER RE_Zertifizierung=6			NULLWERTMESSUNG: entfällt
RE-fakultativ	RE Zertifizierung Fachgesellschaft	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Durch welche Fachgesellschaft wurde oder wird die Zertifizierung vorgenommen?		Eingabefeld	TEXT				Bitte geben Sie die Fachgesellschaft an, deren Zertifizierung für das jeweilige Erfassungsjahr (die längste) Gültigkeit besitzt.	NULLWERTMESSUNG: entfällt NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
	RE Weaningzentrum	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Ist ein Weaningzentrum an die Intensivstation angebunden?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
	RE Weaning schwierig	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit schwierigem Weaning an.		Eingabefeld	GANZEZAHL				Definition schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolglosem Weaning spätestens beim dritten Spontanatmungsversuch oder innerhalb von sieben Tagen (siehe Leitlinie: www.awmf.org)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
	RE Weaning prolongiert	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit prolongiertem Weaning an.		Eingabefeld	GANZEZAHL				Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung		
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i> eindeutiger Variablenname		<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i> empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation		<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i> Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage		<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstriche)</i> Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung		Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld Festlegung des Datenformats		mögliche Angabe von Datenfeldschlüssel bzw. Angabe eines externen Schlüssel 0=nein 1=ja 1=bis zu 3 2=mehr als 3 1=bis zu 7 Tage 2=länger als 7 Tage 0=nein 1=ja		mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern mögliche Überprüfung von Inhalten mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung		Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung	
	RE PAT invasive Beatmung	während des primären stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL							
	RE PAT Häufigkeit STB	während des primären stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Wie viele erfolgreiche Spontanattempts wurden bei der Patientin/dem Patienten vorgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL							
	RE PAT Zeitraum Weaning	während des primären stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanattemptsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung oder Entlassung vergangen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL							
	RE PAT Faktoren klinisch 1	während des primären stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL							
	RE PAT Faktoren klinisch 2	während des primären stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Bitte benennen Sie diese Faktoren.		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN RE PAT Faktoren klinisch 1=1					
RE-EV-K21A	RE PAT Entwöhnung	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Ist die Patientin/der Patient komplett entwöhnt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL							
	RE PAT Entwöhnung Datum	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Entwöhnungsdatum		Eingabefeld	DATUM		WENN RE PAT Entwöhnung=1					
RE-EV-K21A	RE PAT Umstellung	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Die Patientin/der Patient konnte auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN RE PAT Entwöhnung=0					
	RE PAT Umstellung Datum	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Umstellungsdatum		Eingabefeld	DATUM		WENN RE PAT Umstellung=1		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.			
	RE PAT Kontraindikationen 1	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Liegen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		0=nein 1=ja					
	RE PAT Kontraindikationen 2	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen vor?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN RE Kontraindikationen 1=1					
RE-EV-K21B	RE PAT Erneute Beatmung	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage)	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient innerhalb von 14 Tagen nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		0=nein 1=ja					
RE-EV-K21B	RE PAT Erneute Beatmung Datum	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage)	bei Entlassung	MUSS	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM		WENN (RE PAT Erneute Beatmung=1 ODER RE PAT Umstellung=1) UND RE PAT Erneute Beatmung=1					
RE-EV K21B	RE PAT Beatmungstunden	während des primären stationären Aufenthalts	bei Entlassung	MUSS	Beatmungstunden	HHHH	Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN				Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts. Die Berechnung der Beatmungstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierleitlinien.			
	RE PAT Entlassung Ort	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		1=in ein Weaningzentrum 2=in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor) 6=6=Andere(TEXT) 0=nein 1=ja	WENN RE PAT Entlassung_Ort=1 ODER LEIFI Entlassungsrund=7				
RE-EV-K22	RE PAT Evaluation 1	vor Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung im angebundenen Weaningzentrum vorgestellt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		1=1=leerende Kapazitäten im Weaningzentrum 2=Kontraindikationen für eine Entwöhnung 6=6=Andere(TEXT)	WENN RE PAT Weaningzentrum=1				
RE-EV-K22	RE PAT Evaluation 2	vor Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Bitte nennen Sie die Gründe, warum die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung nicht im angebundenen Weaningzentrum vorgestellt wurde?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN RE PAT Evaluation 1=0					
RE-EV-K22	RE PAT außerklinisch Abstimmung	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Findet bei der Initiierung der außerklinischen Beatmung eine enge Abstimmung mit einer spezialisierten Einrichtung statt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		0=nein 1=ja					
RE-EV-K23	RE PAT Reevaluierung	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		0=nein 1=ja	Dokumentation schließen				
	RE PAT Reevaluierung Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Datum der Reevaluierung	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM							
	RE PAT Wiederaufnahme	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		0=nein 1=ja					
	RE PAT Wiederaufnahme Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wiederaufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM		WENN RE PAT Wiederaufnahme=1					

Anlage zum Beschluss

	RE PAT Faktoren außerKI 1	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	1=Dehr 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-illness- Polyneuropathie 5=Schwerstfälligkeit 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TeXt)	WENN RE PAT Faktoren außerKI 1-1	
	RE PAT Faktoren außerKI 2	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL				
RE-EV-K24A	RE PAT Reevaluierung Entwöhnung	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme komplett entwöhnt?	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja		WENN RE PAT_Reevaluierung_Entwöhnung=1	
	RE PAT Reevaluierung Entwöhnung Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entwöhnungsdatum nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	DATUM			WENN RE PAT_Reevaluierung_Entwöhnung=0	
RE-EV-K21A	RE PAT Reevaluierung Umstellung	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Die Patientin/der Patient konnte nach der Wiederaufnahme auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja		WENN RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1 ODER RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1	Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.
	RE PAT Reevaluierung Umstellung Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	DATUM			WENN RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1 ODER RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1 UND RE PAT_Reevaluierung_Erneute Beatmung=1	
RE-EV-K24B	RE PAT Reevaluierung Erneute Beatmung	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tagen) bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	innerhalb der ersten 14 Tage nach erfolgreicher Entwöhnung Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja			
RE-EV-K24B	RE PAT Reevaluierung Erneute Beatmung Datum	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tagen) bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	TT.MM.JJJJ Eingabefeld	DATUM				Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme.
RE-EV-K24B	RE PAT Reevaluierung Beatmungstunden	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tagen) bei Wiederaufnahme Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Beatmungstunden nach Wiederaufnahme	HHHH Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN				Die Berechnung der Beatmungstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
	RE PAT Reevaluierung Entlassung	Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entlassungsdatum Krankenhaus nach Wiederaufnahme	TT.MM.JJJJ Eingabefeld	DATUM				
	RE PAT Reevaluierung Entlassungsgrund	Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme	Schlüssel 2 Eingabefeld	GANZEZAH(L)STELLEN				
	RE PAT Reevaluierung Entlassungsdiagnose	Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme	alle Diagnosen, die zum Entlassungszeitpunkt vorliegen nach ICD-10-GM Eingabefeld	ICD10(LOOP)				Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für die entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Datenfelds: Eingefachennung Mehrfachennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
	RE_SO2_Aufnahmedatum	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM				Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
RE-EV-K21B	RE_SO2_Entwöhnung stabil	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Abfrage: erneute invasive Beatmung		Eingabefeld	OPS (LOOP)				zu dokumentierende OPS: 8-701.8-704.8-706;5-311.0; 5-311.1; 5-311.2; 5-311.0.3; 5-311.0.x; 5-311.0.y;5-312.0; 5-312.1; 5-312.2; 5-312.x; 5-312.y	
RE-EV-K24B	RE_SO2_Reevaluierung Entwöhnung stabil	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Abfrage: erneute invasive Beatmung		Eingabefeld	OPS (LOOP)				zu dokumentierende OPS: 8-701.8-704.8-706;5-311.0; 5-311.1; 5-311.2; 5-311.0.3; 5-311.0.x; 5-311.0.y;5-312.0; 5-312.1; 5-312.2; 5-312.x; 5-312.y	
RE-EV-K21B RE-EV-K24B	RE_SO2_Beatmungstunden	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Beatmungstunden	HHHH	Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN					
RE-EV-K21B RE-EV-K24B	RE_SO2_Fachabteilung	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Fachabteilung		Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN	Schlüssel 1		mehrere Angaben möglich		
RE-EV-K21B RE-EV-K24B	RE_SO2_Datum_Aufnahme_Fachabteilung	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung		Eingabefeld	DATUM			mehrere Angaben möglich		
RE-EV-K21B RE-EV-K24B	RE_SO2_Datum_Verlegung_Entlassung_Fachabteilung	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Datum der Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung		Eingabefeld	DATUM			mehrere Angaben möglich		
	RE_SO2_Entlassungsdatum	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
	RE_SO2_Entlassungsdiagnosen	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Entlassungsdiagnosen	alle Diagnosen, die zum Entlassungszeitpunkt vorliegen nach ICD-10-GM	Eingabefeld	ICD10(LOOP)				Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssel</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
RE-fakultativ	RE Zertifizierung	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Wurde oder wird im Rahmen des Qualitätsvertrags eine Zertifizierung in der Entwehnung der Beatmung vorgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL		1=ja, die Zertifizierung wurde bereits erfolgreich abgeschlossen 2=ja, eine Zertifizierung ist vorgesehen 6=keine Zertifizierung bestand bereits		Bitte geben Sie an, ob für das Erfassungsjahr die Intensivstation mindestens sechs Monate zertifiziert war.	NULLWERTMESSUNG: entfällt
RE-fakultativ	RE Zertifizierung Fachgesellschaft	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem 1. Erfassungsjahr	KANN	Durch welche Fachgesellschaft wurde die Zertifizierung vorgenommen?		Eingabefeld	TEXT		WENN RE_Zertifizierung=1 ODER RE_Zertifizierung=2 ODER RE_Zertifizierung=6		Bitte geben Sie die Fachgesellschaft an, deren Zertifizierung für das jeweilige Erfassungsjahr (die längste) Gültigkeit besaß.	NULLWERTMESSUNG: entfällt
	RE Weaning schwierig	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit schwierigem Weaning an.		Eingabefeld	GANZEZAHL				Definition schwieriges Weaning: erfolgreiches Weaning nach initial erfolglosem Weaning spätestens beim dritten Spontanatmungsversuch oder innerhalb von sieben Tagen (siehe Leitlinie: www.awmf.org)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung
	RE Weaning prolongiert	Erfassungsjahr	April im Jahr nach dem Erfassungsjahr	MUSS	Bitte geben Sie die Anzahl der versorgten Patientinnen/Patienten mit prolongiertem Weaning an.		Eingabefeld	GANZEZAHL				Definition prolongiertes Weaning: erfolgreiches Weaning erst nach mindestens drei erfolglosen Spontanatmungsversuchen oder Beatmung länger als sieben Tage nach dem ersten erfolglosen Spontanatmungsversuch (siehe Leitlinie: www.awmf.org)	NULLWERTMESSUNG: Messzeitpunkt ist der gesamte Zeitraum der Nullwertmessung

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführungsweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstriche)</i>	<i>Datenfelds: Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenchlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssel</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
RE-EV-KZ5	RE PAT außerklinisch Patienten RE PAT invasive Beatmung RE PAT Häufigkeit STB RE PAT Zeitraum Weaning RE PAT Faktoren klinisch 1	Aufnahme während des primären stationären Aufenthalts bei Entlassung während des primären stationären Aufenthalts bei Entlassung während des primären stationären Aufenthalts bei Entlassung während des primären stationären Aufenthalts bei Entlassung	bei Entlassung bei Entlassung bei Entlassung bei Entlassung bei Entlassung	MUSS MUSS MUSS MUSS MUSS	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung aufgenommen? Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet? Wie viele erfolgreiche Spontanattempts wurden bei der Patientin/dem Patienten vorgenommen? Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanattemptsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung oder Entlassung vergangen? Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?		Einfachnennung Einfachnennung Einfachnennung Einfachnennung Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL NUMSCHLUESSEL NUMSCHLUESSEL NUMSCHLUESSEL NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 0=nein 1=ja 1-bis zu 3 2=mehr als 3 1-bis zu 7 Tage 2=länger als 7 Tage 0=nein 1=ja			Bei Patientinnen/Patienten, die innerhalb der letzten 6 Monate aus dem Weaningzentrum entlassen wurden und bis zu einmal auf Grundlage einer Reevaluierung erneut aufgenommen werden, liegt eine Wiederaufnahme vor, die im originalen Dokumentationsbogen zu dokumentieren ist. Bei einer Neuaufnahme ohne vorangehende Reevaluierung, einer Notfallaufnahme, einer zweiten Wiederjufnahme nach Reevaluierung innerhalb der 6 Monate oder bei einer Aufnahme nach 6 Monaten ist ein neuer Dokumentationsbogen anzulegen. Der Tag des 1. Spontanattemptsversuch wird hierbei mitgezählt.	
RE-EV-KZ5A	RE PAT Faktoren klinisch 2	während des primären stationären Aufenthalts bei Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Bitte benennen Sie diese Faktoren.		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL		WENN RE PAT Faktoren klinisch 1=1			
RE-EV-KZ5A	RE PAT Entwöhnung	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Ist die Patientin/der Patient komplett entwöhnt?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=ja	WENN RE PAT Entwöhnung=1			
RE-EV-KZ5A	RE PAT Entwöhnung Datum RE PAT Umstellung RE PAT Umstellung Datum RE PAT Kontraindikationen 1	Entlassung Entlassung Entlassung Entlassung	bei Entlassung bei Entlassung bei Entlassung bei Entlassung	MUSS MUSS MUSS MUSS	Entwöhnungsdatum Die Patientin/der Patient konnte auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden? Umstellungsdatum Liegen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?		Eingabefeld Einfachnennung Eingabefeld Einfachnennung	DATUM NUMSCHLUESSEL DATUM NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja 0=nein 1=ja	WENN RE PAT Umstellung=0 WENN RE PAT Umstellung=1		Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.	
RE-EV-KZ5A	RE PAT Kontraindikationen 2	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen vor?		Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=zentrale Atemregulationsstörung 2=neuromuskuläre Estränkungen (z.B. Amyotrophe Lateralkleiose, Apallisches Syndrom, Muskelatrophie Duchenne, Myasthenien) 3=Querschnittssyndrome 4=ein-/zwei-seitige Zwerchfelpareisen 5=chronische Lungenerkrankungen mit chronischer, respiratorischer Insuffizienz 6=end-stage COPD 7=restriktive Lungenerkrankung 6=Andere(TEXT)	WENN RE Kontraindikationen 1=1 WENN RE PAT _entwöhnung=1 ODER RE PAT Umstellung=1			
RE-EV-KZ5B	RE PAT Erneute Beatmung	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage) bei Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	WENN (RE PAT _entwöhnung=1 ODER RE PAT _umstellung=1) UND RE PAT Erneute Beatmung=1			
RE-EV-KZ5B	RE PAT Erneute Beatmung Datum	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage) bei Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient nach Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
RE-EV-KZ5B	RE PAT Beatmungsstunden	während des primären stationären Aufenthalts bei Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Beatmungsstunden	HHHH	Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN					Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.
RE-EV-KZ5B	RE PAT Entlassung Ort	Entlassung	bei Entlassung	MUSS	Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	2=in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor) 6=Andere(TEXT)	Dokumentation schließen WENN LEFT Entlassungsgrund=7			
RE-EV-KZ6	RE PAT Reevaluierung	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	Dokumentation schließen WENN RE PAT Reevaluierung=0			
RE-EV-KZ6	RE PAT Reevaluierung Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Datum der Reevaluierung	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
RE-EV-KZ6	RE PAT Wiederaufnahme	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				
RE-EV-KZ6	RE PAT Wiederaufnahme Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wiederaufnahmedatum	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM		WENN RE PAT Wiederaufnahme=1			
RE-EV-KZ6	RE PAT Faktoren außerkl 1	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				

Anlage zum Beschluss

RE-EV-KZTA	RE PAT	Faktoren	außerKl	2	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Bitte benennen Sie diese Faktoren.	Mehrfachnennung	NUMSCHLUESSEL	1=Delir 2=Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts 3=Respiratorische Insuffizienz 4=Critical-Illness-Polyneuropathie 5=Schwerhörblähmung 6=Endokrine Störungen 7=Erbliche Malnutrition 66=Andere(TeXt)	WENN RE PAT Faktoren außerKl 1=1		
RE-EV-KZ7A	RE PAT	Reevaluierung	Entwöhnung		während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme erfolgreich entwöhnt?	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja			
RE-EV-KZ1A	RE PAT	Reevaluierung	Entwöhnung	Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entwöhnungsdatum	Eingabefeld	DATUM		WENN RE PAT_Reevaluierung_Entwöhnung=1		
RE-EV-KZ1A	RE PAT	Reevaluierung	Umstellung		während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Die Patientin/der Patient konnte nach der Wiederaufnahme auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt werden?	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	WENN RE PAT_Reevaluierung_Entwöhnung=0		
RE-EV-KZ1A	RE PAT	Reevaluierung	Umstellung	Datum	während der außerklinischen Beatmung bis 6 Monate nach Entlassung	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Umstellungsdatum nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	DATUM		WENN RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1 WENN RE PAT_Reevaluierung_Entwöhnung=1 ODER RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1 WENN { RE PAT_Reevaluierung_Entwöhnung=1 ODER RE PAT_Reevaluierung_Umstellung=1 } UND RE PAT_Reevaluierung_Erneute Beatmung=1	Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.	
RE-EV-KZ7B	RE PAT	Reevaluierung	Erneute Beatmung		nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage) bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Wurde die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung innerhalb von 14 Tagen wieder invasiv beatmet?	Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja	innerhalb der ersten 14 Tage nach erfolgreicher Entwöhnung		
RE-EV-KZ7B	RE PAT	Reevaluierung	Erneute Beatmung	Datum	nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage) bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient nach der Wiederaufnahme und Entwöhnung/Umstellung wieder invasiv beatmet wurde.	Eingabefeld	TT.MM.JJJJ			Dauer der Beatmung während des stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme. Die Berechnung der Beatmungstunden erfolgt nach den Ausführungen der für das Erfassungsjahr gültigen Deutschen Kosterrichtlinien.	
RE-EV-KZ7B	RE PAT	Reevaluierung	Beatmungstunden		nach Entwöhnung (bis zu 14 Tage) bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Beatmungstunden nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	ZAH(L)4STELLEN				
RE-EV-KZ7B	RE PAT	Reevaluierung	Entlassung		Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entlassungsdatum Krankenhaus nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	TT.MM.JJJJ				
RE-EV-KZ7B	RE PAT	Reevaluierung	Entlassungsgrund		Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	Schlüssel 2				
RE-EV-KZ7B	RE PAT	Reevaluierung	Entlassungsdiagnose		Entlassung bei Wiederaufnahme	6 Monate nach Entlassung	MUSS	Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme	Eingabefeld	ICD10(L00P)			alle Diagnosen, die zum Entlassungszeitpunkt vorliegen nach ICD-10-GM	Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführungsweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Datenfelds: Eingefachennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs-/Nullwertmessung</i>
	RE SO2 Aufnahme datum	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Aufnahmedatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM				Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
RE-EV-K25B	RE SO2 Entwöhnung stabil	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Abfrage: erneute invasive Beatmung		Eingabefeld	OPS (LOOP)				zu dokumentierende OPS: 8-701.8-704.8-706;5-311.0; 5-311.1; 5-311.2; 5-311.0.3; 5-311.0.x; 5-311.0.y;5-312.0; 5-312.1; 5-312.2; 5-312.x; 5-312.y	
RE-EV-K27B	RE SO2 Reevaluierung Entwöhnung stabil	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Abfrage: erneute invasive Beatmung		Eingabefeld	OPS (LOOP)				Die Dokumentation ist nach der Version des OPS vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	
RE-EV-K25B RE-EV-K27B	RE SO2 Beatmungstunden	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Beatmungstunden	HHHH	Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN)				zu dokumentierende OPS: 8-701.8-704.8-706;5-311.0; 5-311.1; 5-311.2; 5-311.0.3; 5-311.0.x; 5-311.0.y;5-312.0; 5-312.1; 5-312.2; 5-312.x; 5-312.y	
RE-EV-K25B RE-EV-K27B	RE SO2 Fachabteilung	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Fachabteilung		Eingabefeld	ZAH(L)STELLEN)	Schlüssel 1		mehrere Angaben möglich		
RE-EV-K25B RE-EV-K27B	RE SO2 Datum Aufnahme Fachabteilung	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung		Eingabefeld	DATUM			mehrere Angaben möglich		
RE-EV-K25B RE-EV-K27B	RE_SO2_Datum_Verlegung_Entlassung_Fachabteilung	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Datum der Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung		Eingabefeld	DATUM			mehrere Angaben möglich		
	RE SO2 Entlassungsdatum	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Entlassungsdatum Krankenhaus	TT.MM.JJJJ	Eingabefeld	DATUM					
	RE SO2 Entlassungsdiagnosen	Zeitraum: 14 Tage nach Entlassung bei Wiederaufnahme	im Monat vor dem Abschluss der Dokumentation (siehe hierzu Bericht Abschnitt 3.4)	MUSS	Entlassungsdiagnosen		Eingabefeld	ICD10(LOOP)				Die Dokumentation ist nach der Version des ICD-10-GM vorzunehmen, die für das entsprechende Erfassungsjahr (Jahr, in dem die Dokumentation abgeschlossen wird) gültig ist.	

Anlage zum Beschluss

Evaluationskennziffer	Variablenname	Messzeitpunkt	Dokumentationszeitpunkt	Feldtyp	Datenfeldbezeichnung	ergänzende Datenfeldbezeichnung	Datenfeld Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds:	Datenformat	Schlüssel	Konditionen	Plausibilitäten	Ausführhinweise	Vergleichs-/Nullwertmessung
<i>Angabe welche Evaluationskennziffer dem Datenfeld zugeordnet werden kann</i>	<i>eindeutiger Variablenname</i>	<i>Angabe des Messzeitpunkts (z.B. unmittelbar vor der Operation, zwei Jahre nach Entlassung)</i>	<i>empfohlener Zeitpunkt der Dokumentation</i>	<i>Angabe, ob das Datenfeld ausgefüllt werden muss oder kann</i>	<i>Bezeichnung des zu dokumentierenden Gegenstands bzw. Formulierung einer entsprechenden Frage</i>	<i>Ergänzungen zur Datenfeldbezeichnung (Unterstrich)</i>	<i>Art, Aufbau und Umfang des Datenfelds: Einfachnennung Mehrfachnennung Eingabefeld</i>	<i>Festlegung des Datenformats</i>	<i>mögliche Angabe von Datenschlüsseln bzw. Angabe eines externen Schlüssels</i>	<i>mögliche Angabe von Abhängigkeiten zu anderen Datenfeldern</i>	<i>mögliche Überprüfung von Inhalten</i>	<i>mögliche Darlegung von Hinweisen zur Datenerfassung</i>	<i>Anmerkungen zur Durchführung der Vergleichs- /Nullwertmessung</i>
MB LE Behinderung	MB_LE_Behinderung	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Liegt eine Diagnose einer mittelgradigen bis schwersten geistigen Behinderung (F71 bis F73 und F70.1 bis F74.1) vor?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				
MB LE Behinderung, Verhaltensstörungen	MB_LE_Behinderung_Verhaltensstörungen	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Liegt eine geistige Behinderung mit Verhaltensstörung (F7x.1) vor?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				
MB LE GdB	MB_LE_GdB	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Grad der Behinderung (GdB)		Eingabefeld	GANZZAHL	0=nein 1=ja				
MB LE Eingliederungshilfe	MB_LE_Eingliederungshilfe	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Eingliederungshilfe?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				
MB LE Pflegeversicherung	MB_LE_Pflegeversicherung	Aufnahme	bei Entlassung	MUSS	Bezieht die Patientin/der Patient Leistungen der Pflegeversicherung?		Einfachnennung	NUMSCHLUESSEL	0=nein 1=ja				

2000	Thoraxchirurgie
2100	Herzchirurgie
2200	Urologie
2300	Orthopädie
2400	Frauenheilkunde und Geburt
2500	davon Geburtshilfe
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700	Augenheilkunde
2800	Neurologie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3400	Dermatologie
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, F
3600	Intensivmedizin
2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
2425	Frauenheilkunde
3700	Sonstige Fachabteilung

01	Behandlung regulär beendet	
02	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
03	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	
04	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	
05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	
06	Verlegung in ein anderes Krankenhaus	
07	Tod	
08	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)	
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	
11	Entlassung in ein Hospiz	
13	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	
14	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
15	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	
17	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG	
22	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	
25	Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – § 4 PEPPV)	