

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Spezifikation für die Mindestmengenregelungen

Vom 20. Juni 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 auf Grundlage von § 3 Absatz 3 und § 5 Absatz 3 der Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R) in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz Nr. 143, S. 5389), zuletzt geändert am 5. Dezember 2018 (BAnz AT 14.12.2018 B4), die Spezifikation nach Maßgabe der Empfehlungen des IQTIG für die Mindestmengenregelungen gemäß **Anlage** beschlossen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die Mindestmengenregelungen gemäß den Empfehlungen zur Spezifikation.

Die Spezifikation für die Mindestmengenregelungen einschließlich der technischen Dokumentation ist von dem Institut nach § 137a SGBV auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

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

Berlin, den 20. Juni 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Erstellung einer Spezifikation für die Mindestmengenregelungen

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2019

Impressum

Thema:

Erstellung einer Spezifikation für die Mindestmengenregelungen. Abschlussbericht

Ansprechpartner:

Tobias Jakscha

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Mai 2018

Datum der Abgabe:

7. Januar 2019, geänderte Version vom 15. Mai 2019

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.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1 Einführung	8
1.1 Beauftragung des IQTIG	8
1.2 Auftragsverständnis	9
1.3 Abstimmung mit Verfahrensteilnehmern.....	11
1.3.1 Abstimmung mit Vertretern der Krankenkassen	11
1.3.2 Abstimmung mit dem bvitg und Vertretern der Softwareanbieter	12
1.3.3 Beratung des aktuellen Arbeitsstands im Fachausschuss QS-IT des G-BA... ..	13
1.3.4 Beratungen in der AG Mindestmengen	13
2 Mindestmengenregelungen	15
2.1 Leistungsbereiche	15
2.2 Übermittlung der Leistungsmenge	15
2.2.1 Übermittlung der Leistungsmenge im Regelbetrieb.....	16
2.2.2 Übermittlung der Leistungsmenge bei (Wieder-)Aufnahme	16
2.3 Roadmap Erstellung der Spezifikation 2019	17
3 Empfehlungen zur Spezifikation.....	20
3.1 Eingangsdatensatz.....	20
3.1.1 Fallbezogener Eingangsdatensatz (MM_DS).....	21
3.1.2 Datensatz für bereichsbezogene Vorgaben (MM_LB)	21
3.1.3 Adminkriterien	23
3.1.4 Persistierung des Eingangsdatensatzes.....	23
3.2 Einbezug von DIMDI-Katalogen	23
3.3 Filter zur Ermittlung der Leistungsmengen.....	25
3.4 Exportdatensatz	26
3.5 Datenübermittlung.....	30
3.6 Releaseplanung	30
4 Anwenderinformationen.....	31
4.1 Syntaxfunktionen	31

4.1.1	ExportzeitraumRegelbetrieb	31
4.1.2	LeistBereichInitialphase	31
4.1.3	ZeitraumZahlX	32
4.1.4	ZaehleMM	33
4.1.5	ZaehleMM_NEO	35
4.2	Administrative Einschlusskriterien zur Erstellung des Eingangssatzensatzes.....	36
4.3	Leistungsbereich 1: Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	37
4.4	Leistungsbereich 2: Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	39
4.5	Leistungsbereich 3: Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus.....	40
4.6	Leistungsbereich 4: Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	48
4.7	Leistungsbereich 5: Stammzellentransplantation (autologe/allogene Knochenmarktransplantation, periphere hämato-poetische Stammzelltransplantation).....	50
4.8	Leistungsbereich 6: Kniegelenk-Totalendoprothesen	55
4.9	Leistungsbereich 7: Koronarchirurgische Eingriffe	57
4.10	Leistungsbereich 8: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g (Perinatalzentrum Level 1)	57
	Anhang	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mindestmengen-Leistungsbereiche	15
Tabelle 2: Filterlisten Leistungsbereich Lebertransplantation.....	37
Tabelle 3: Filterkodes Leistungsbereich Lebertransplantation.....	37
Tabelle 4: Filterliste Leistungsbereich Nierentransplantation.....	39
Tabelle 5: Filterkodes Leistungsbereich Nierentransplantation	39
Tabelle 6: Filterlisten Leistungsbereich Ösophagus.....	40
Tabelle 7: Filterkodes Leistungsbereich Ösophagus	41
Tabelle 8: Filterlisten Leistungsbereich Pankreas	49
Tabelle 9: Filterkodes Leistungsbereich Pankreas	49
Tabelle 10: Filterlisten Leistungsbereich Stammzellentransplantation.....	51
Tabelle 11: Filterkodes Leistungsbereich Stammzellentransplantation	51
Tabelle 12: Filterliste Leistungsbereich Knieendoprothesen.....	55
Tabelle 13: Filterkodes Leistungsbereich Knieendoprothesen	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitschiene zur Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Mm-R (Quelle: Tragende Gründe).....	9
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Übermittlungszeitpunkte für die Leistungsmenge im Regelbetrieb.....	16
Abbildung 3: Schematische Darstellung der Leistungsübermittlung im Rahmen eines Ausnahmetatbestands	17
Abbildung 4: Roadmap zur Umsetzung der Spezifikation Mm-R.....	18
Abbildung 5: Schematische Darstellung der Bestandteile des Eingangsdatensatzes	21
Abbildung 6: PARAM-Basistypen	22
Abbildung 7: Zusammenhang zwischen Eingangsdatensatz und DIMDI-Katalogen	24
Abbildung 8: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen und Lieferdaten.....	26
Abbildung 9: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen Details	27
Abbildung 10: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten Regelbetrieb Details.....	28
Abbildung 11: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten AufnahmePhase Details	28
Abbildung 13: Beispiel einer XML-Exportdatei - Regelbetrieb.....	29
Abbildung 14: Beispiel einer XML-Exportdatei - (Wieder-)Aufnahmephase	30

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BAnz	Bundesanzeiger
bvitg	Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
FES	fortgeschrittene elektronische Signatur
FTAM over IP	File Transfer, Access and Management over Internet Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ITSG	Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
Mm-R	Mindestmengenregelungen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SFTP	SSH/Secure File Transfer Protocol
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (gesetzliche Krankenversicherung)
SWA	Softwareanbieter
WBO	Weiterbildungsordnung

1 Einführung

1.1 Beauftragung des IQTIG

Das IQTIG wurde am 17. Mai 2018 durch einen Plenumsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beauftragt, zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Erfassung, Erhebung und Übermittlung der Anzahl mindestmengenrelevanter Leistungen gemäß den Mindestmengenregelungen (Mm-R) die Softwarespezifikation zu erstellen.

Diese Spezifikation ist auf Grundlage der „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R)“, zuletzt geändert am 17. November 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAz AT 28.12.2017 B5), in Kraft getreten am 1. Januar 2018, unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben in den §§ 3 und 5 der Mm-R zu erstellen.

Gemäß der Beauftragung ermöglicht die Spezifikation

1. eine standortbezogene Erfassung und Erhebung mindestmengenrelevanter Leistungen sowie
2. eine Übermittlung der Leistungsmenge gemäß § 5 Absatz 3 Satz 2 der Mm-R in maschinenlesbarer Form.

Grundlage der zu übermittelnden Leistungsmenge nach 2. sind alle gemäß § 3 der Mm-R ermittelten Leistungen aus den folgenden beiden Zeiträumen:

- a. 1. Januar bis 31. Dezember eines Jahres,
- b. 1. Juli des Jahres gemäß Buchstabe a. bis 30. Juni des Folgejahres.

Sie umfasst zum Zwecke der Übermittlung der Daten gemäß § 5 der Mm-R (mit Beschluss vom 17. November 2017 überarbeitete Fassung) auch die Informationen über die jeweiligen Empfänger.

Die in der Anlage der Mm-R aufgeführten Leistungen bzw. OPS-Kodes, die postmortal zur Transplantation durchgeführt und nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) übermittelt werden, sind bei der Erstellung der Spezifikation vom IQTIG gesondert zu berücksichtigen.

Die Beauftragung des IQTIG vom 17. Mai 2018 wurde im Plenum des G-BA am 22. November 2018 folgendermaßen geändert: Der Auftragsgegenstand wird dahingehend geändert, dass die in der Anlage der Mm-R aufgeführten Leistungen bzw. OPS-Kodes, die postmortal zur Transplantation durchgeführt und nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntgG übermittelt werden, bei der Erstellung der Spezifikation vom IQTIG nicht zu berücksichtigen sind.

1.2 Auftragsverständnis

Die Spezifikation zur Übermittlung der Leistungsmenge eines Krankenhausträgers enthält

- die Definition des Eingangsdatensatzes, welcher die Form und Struktur der Datengrundlage zur Zählung der Leistungen gemäß der Anlage zu den Mm-R bildet
- Vorgaben zur Zählung der Eingriffe anhand der in der Anlage zu den Mm-R dargestellten Operationen- und Prozedurenschlüssel-Kodes (OPS-Kodes) und der entsprechenden durch das IQTIG entwickelten Filterkriterien
- Vorgaben zum Datenexport und zum Übertragungsweg für die Datenübermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen.

Ausgehend von § 5 Absatz 2 Mm-R ist die Leistungsmenge in maschinenlesbarer Form anhand der vom G-BA beschlossenen Spezifikation des IQTIG zu übermitteln. Eine nähere Definition der Leistungsmenge erfolgt in § 4 Absatz 2 Nummern 1 und 2 Mm-R. Danach sind

1. die Leistungsmenge über die Eingriffe des vergangenen Kalenderjahres (Zahl A) sowie
2. die Leistungsmenge der letzten beiden Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres gemeinsam mit der Leistungsmenge der ersten beiden Quartale des laufenden Kalenderjahres (Zahl B)

den Landesverbänden der Krankenkassen darzulegen (siehe Abbildung 1). Die Übermittlung der Leistungsmenge erfolgt gemäß § 5 Absatz 1 bis spätestens zum 15. Juli des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in elektronischer Form unter Verwendung einer mindestens fortgeschrittenen elektronischen Signatur (FES). Die Vorgabe, dass die Leistungsmenge aus Zahl B die ersten beiden Quartale des laufenden Kalenderjahres beinhalten soll führt zur Definition eines Lieferzeitfensters der beiden Zahlen A und B zwischen dem 1. Juli und dem 15. Juli des laufenden Kalenderjahres.

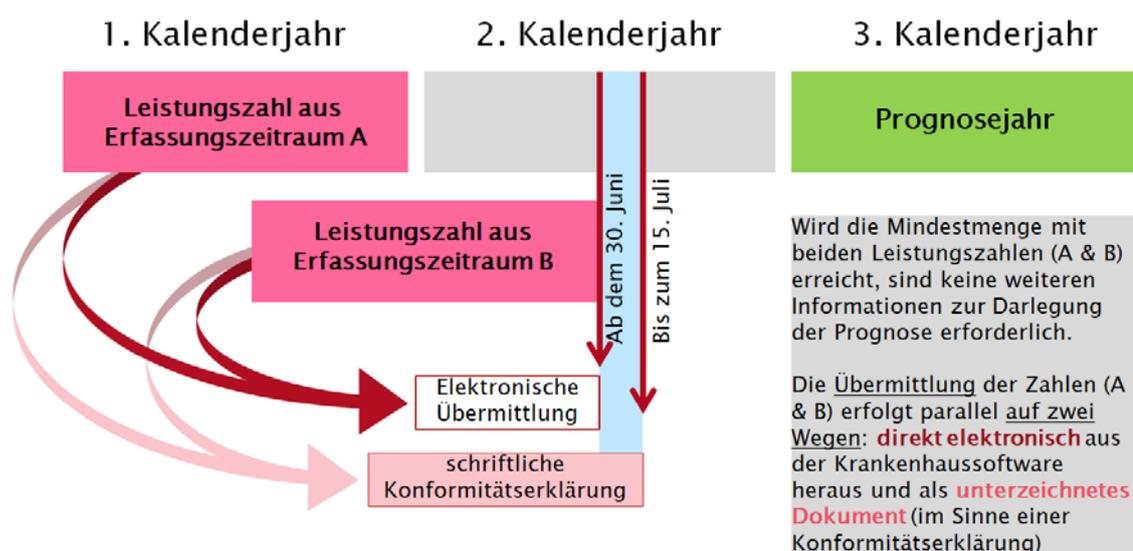


Abbildung 1: Zeitschiene zur Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Mm-R (Quelle: Tragende Gründe)

Die Leistungsmengen und Übermittlungsfristen sind in den Mm-R als Bestandteil einer Prognose definiert (z. B. § 5 Absatz 1, § 4 Absätze 1 und 2). Gemäß den Beauftragungen an das IQTIG sowie auch nach expliziter Nachfrage in der Arbeitsgemeinschaft Mindestmengen des G-BA am 8. März 2018 werden weitere Unterlagen (wie beispielsweise aussagekräftige Belege zu personellen oder strukturellen Veränderungen), welche durch das Krankenhaus bzw. den Krankenhausträger im Rahmen der Prognose an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt werden müssen, nicht vom IQTIG normiert und auch nicht über die in der Spezifikation definierten (Daten-)Übertragungswege übermittelt. Weiterhin wurde in dieser AG beraten, dass die Ermittlung der erbrachten Leistungsmengen analog zur Erhebung der Sollzahlen für die Sollstatistik im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation auf den Abrechnungsdaten des Krankenhausstandortes erfolgen solle. Hierzu sei angemerkt, dass entsprechend § 21 KHEntgG „Krankenhäuser ihre Leistungsdaten jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle übermitteln“¹, sodass diese analog zur Erhebung der Sollzahlen für die Sollstatistik lediglich für die Erhebung der Zahl A nutzbar wären. Hinsichtlich der Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V ist anzumerken, dass gem. § 3 Abs. 4 Mm-R für die zeitliche Zuordnung zur Ermittlung der Leistungsmenge der Tag der stationären Aufnahme bzw. der Tag der operativen Leistung maßgeblich ist, mithin die Ermittlung der Leistungsmenge unabhängig vom Entlassungsdatum zu gestalten ist.

In den Beauftragungen des IQTIG finden die Regelungen für die erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung gemäß § 7 Mm-R implizit Berücksichtigung durch die Verweise in § 7 Abs. 4 und 5 Mm-R auf die §§ 4 und 5 Mm-R. Die Vorgaben in diesem Paragraphen definieren die erstmalige Leistungserbringung bzw. die erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung als Ausnahmetatbestand. Erfüllt ein Krankenhausstandort die Vorgaben zum Ausnahmetatbestand, ist es verpflichtet, innerhalb der ersten 12 Monate nach (Wieder-)Aufnahme der Leistung mindestens 50 % der Leistungsmenge zu erbringen. Die Anzahl der erbrachten Leistungen ist bis zum 15. des 13. Monats nach (Wieder-)Aufnahme an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln. Im zweiten Jahr nach (Wieder-)Aufnahme der Leistung sind 100 % der geforderten Leistungsmenge zu erbringen und bis zum 15. des auf diesen Zeitraum folgenden Monats an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln. Die Arbeitsgemeinschaft Mindestmengen hat in der Sitzung am 8. März 2018 zu diesem Thema beraten und die Festlegung getroffen, dass die Übermittlung der Leistungsmenge des zweiten Jahres des Ausnahmetatbestands gemäß der Spezifikation des IQTIG erfolgen soll. Diese Leistungsmenge wird im Folgenden als Zahl X bezeichnet. Dies hat folgende Konsequenzen, die im Rahmen der Spezifikationsentwicklung mitgedacht wurden:

- Die (Wieder-)Aufnahme von Leistungen kann in jedem Monat eines Jahres erfolgen
- Eine Datenübermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen kann folglich zwischen dem 1. und dem 15. eines jeden Monats im Kalenderjahr stattfinden.

¹ Quelle: https://www.g-drg.de/Datenlieferung_gem.21_KHEntgG, abgerufen am 4. Januar 2019.

Auf eine Übermittlung der Leistungsmenge aus dem ersten Jahr nach (Wieder-)Aufnahme im Rahmen der Spezifikation wurde verzichtet. Der Krankenhausstandort ist für die Art der Meldung der Leistungsmenge selbst verantwortlich.

Die Mindestmengenregelungen definieren den Krankenhausträger als verantwortliche Stelle für die Übermittlung der Leistungsmenge (siehe z. B. § 5 Absatz 3 Satz 1). Krankenhausträger haben jedoch ggf. keinen Zugriff auf die benötigten, standortbezogenen Informationen, um die Leistungsmenge zu ermitteln, und ggf. nicht die technischen Voraussetzungen um die Informationen entsprechend den Vorgaben der Spezifikation zu übermitteln. Aus diesem Grund wird die Spezifikation zur Mindestmengenregelung die einzelnen Krankenhäuser adressieren, die somit im Auftrag ihres Trägers die entsprechenden Leistungsmengen jeweils separat an die Landesverbände der Krankenkassen des Bundeslandes, in dem sich das Krankenhaus befindet, übermitteln.

Die Mm-R sprechen von Kindern. Das IQTIG definiert Kinder als Patienten mit einem Alter < 18 Jahre (Patienten bis zum unvollendeten 18. Lebensjahr).

1.3 Abstimmung mit Verfahrensteilnehmern

Basierend auf den in Abschnitt 1.2 (Auftragsverständnis) dargelegten Vorgaben wurden die Inhalte sowie technische Lösungsmöglichkeiten gemeinsam mit Verfahrensteilnehmern beraten. Hierzu wurde zunächst auf den vom IQTIG initiierten Verfahrensteilnehmertreffen am 28. August 2018 sowie Softwareanbietertreffen am 29. August 2018 grundlegend in die Thematik eingeführt und damit gleichzeitig der Appell verbunden etwaige Workshops im kleineren Teilnehmerkreis zu forcieren, um die Entwicklung der Spezifikation voranzutreiben. Infolgedessen kam es zu folgenden Terminen.

1.3.1 Abstimmung mit Vertretern der Krankenkassen

Am 6. September 2018 fand ein gemeinsames Treffen zwischen dem IQTIG, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) sowie Vertretern der Landesverbände von Primär- und Ersatzkassen zum Thema Mindestmengenregelungen statt. Das Ziel des Treffens war die Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses über die durch die Spezifikation abgedeckten Inhalte, die Abstimmung zu möglichen Übertragungswegen und Datensatzformaten sowie sinnvollen Releasezyklen für Updates der Spezifikation.

Die Vertreter der Krankenkassen haben während des Treffens auf die vom GKV-SV für alle Datenübertragungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Krankenkassen-Kommunikations-System (KKS) festgelegten Standards hingewiesen. Das KKS regelt alle technischen Grundsätze im GKV-Datenaustausch und umfasst als eine favorisierte Möglichkeit die Übertragung mittels FTAM over IP². Eine alternative Möglichkeit wäre die Nutzung von SFTP³. In einer nachgelagerten Abstimmung wurde eine einstimmige Einigung zugunsten FTAM over IP erzielt, da über diesen Übertragungskanal bereits die Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V von den

² File Transfer, Access and Management over Internet Protocol.

³ SSH/Secure File Transfer Protocol.

Krankenhäusern an die Krankenkassen übermittelt werden. Wichtig bei der Wahl des Übertragungskanals war den Teilnehmern die Verfügbarkeit einer Empfangsbestätigung, möglichst als integraler Bestandteil des Übertragungsprotokolls. Im Hinblick auf die Authentifizierung des Datensenders wird das IQTIG gebeten, in der Spezifikation auf die ebenfalls im KKS festgelegte Security Schnittstelle SECON zu verweisen.

Die zur Übermittlung genutzte Datenstruktur sollte eine XML-Struktur sein. Alle für die Mm-R relevanten Informationen sollten im XML verfügbar sein, sodass diese nicht z. B. aus dem Dateinamen und den Inhalten des XML zusammengestellt werden müssen.

1.3.2 Abstimmung mit dem bvitg und Vertretern der Softwareanbieter

Am 31. Oktober 2018 wurde ein gemeinsamer Workshop zu den Mindestmengenregelungen zwischen dem IQTIG, dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) sowie Vertretern der Softwareanbieter (SWA) durchgeführt. Die Ziele des Workshops waren die Definition des Eingangsdatensatzes, die Beschreibung des Filteralgorithmus sowie die Definition des Exportdatensatzes.

Die SWA haben Anmerkungen zu den Leistungen 3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus, 6. Kniegelenk-Totalendoprothesen und 8. Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250g aus der Anlage zur Mm-R.

- Zu Leistungsbereich 3
 - Die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung lassen sich in der Spezifikation abbilden. Dies kann als konfigurierbare Felder umgesetzt werden.
 - Für Einrichtungen, die ausschließlich Kinder behandeln, sollte keine differenzierte Fallzahl an das IQTIG übermittelt werden, sondern lediglich ein Flag „ausschließlich Kinder“ (ja/nein).
- Zu Leistungsbereich 6:
 - Viele Leistungen in Krankenhäusern werden von Belegärzten erbracht. Die Zählung für die Krankenhausfälle muss unabhängig von der Abrechnung erfolgen (entsprechend der Umsetzung in der QSKH-RL).
 - Die SWA haben darauf hingewiesen, dass bei Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen gemäß § 3 Absatz 5 Mm-R jeweils die einzelnen Leistungen gezählt werden. Somit dürfen bei beidseitigen, einzeitigen Eingriffen nicht die Fälle, sondern die Prozeduren erfasst werden.
- Zu Leistungsbereich 8:
 - Das Geburtsgewicht ist kann nicht zuverlässig ermittelt werden, wenn das Kind zuverlegt wird. Es sollte daher geprüft werden, ob stattdessen das Aufnahmegewicht genutzt wird. Hierfür wäre eine Anpassung der Richtlinie notwendig.
 - Notwendig ist eine Klärung, ob Kinder/Patienten oder Fälle gezählt werden sollen. Es ist davon auszugehen, dass beide Zahlen identisch sind.

Weiterhin wurde auf die Beschreibung des Eingangsdatensatzes hingewiesen, vgl. 3.1 Eingangsdatensatz. Diese ist erforderlich, da der Abrechnungsdatensatz gemäß § 301 SGB V beispielsweise keine Informationen über privatzahlende Patienten enthält.

Der Exportdatensatz sollte als XML-Struktur definiert werden. Er sollte bei Meldungen für Leistungsbereiche im Regelbetrieb alle Module inklusive Nullmeldungen enthalten. Für Leistungsbereiche, welche noch den Regelungen zum Ausnahmetatbestand in den ersten 12 Monaten nach (Wieder-)Aufnahme unterliegen, sollte lediglich ein entsprechendes Flag ohne konkrete Zahlen übermittelt werden.

Weiterhin wurde in dem Termin auf Patienten mit langer Liegezeit hingewiesen. Die Dokumentation der Patienten erfolgt anhand der DIMDI-Klassifikation des Aufnahmejahres, auch wenn die zu zählende Leistung erst zwei Jahreswechsel später erfolgt. Es muss im Rahmen der Spezifikationserstellung geprüft werden, wie viele Jahre an DIMDI-Klassifikationen berücksichtigt werden müssen.

1.3.3 Beratung des aktuellen Arbeitsstands im Fachausschuss QS-IT des G-BA

Am 8. November 2018 erfolgte im Fachausschuss QS-IT eine kompakte Zusammenfassung über den Stand der Entwicklungen und die Erkenntnisse aus dem vorangegangenen Arbeitstreffen mit den Krankenkassen sowie dem Workshop mit den SWA. Ziel war es einerseits grundsätzlich über den Entwicklungsstand zu informieren sowie andererseits Spielraum für das Einbringen weiterer Fragestellungen zu geben. Benannt wurden die vorangegangenen Termine am 28. August (Verfahrensteilnehmertreffen), 29. August (Softwareanbietertreffen), 6. September (Abstimmung mit Vertretern der Kranken- und Ersatzkassen) sowie 13. Oktober (Abstimmung mit dem bvitg und Vertretern der Softwareanbieter) 2018. Inhaltlich wurde die Persistenz von „Rohdaten“ in Form und Struktur eines Eingangsdatensatzes benannt, um auf dieser Grundlage die Zählung mindestmengenrelevanter Leistungen zu vollziehen sowie zugleich eine reversionssichere Überprüfbarkeit zu gewährleisten. Weiterhin wurde die Übertragung einfach gehaltener XML-Daten mittels des Übertragungsverfahrens FTAM over IP umrissen sowie einer gleichgerteten einfach gehaltenen Rückprotokollierung. Als voraussichtlich in der Spezifikation enthaltene Komponenten wurden insbesondere eine Access-Datenbank (mit algorithmischen Vorgaben zur Zählung mindestmengenrelevanter Leistungen), ein XML-Schema (mit Vorgaben zu Übertragungsstrukturen von Nutzdaten), eine Technische Dokumentation (mit Regelungen zu Prozessen und Erläuterungen der anderen Komponenten) sowie modulspezifische Anwenderinformationen und eine Änderungshistorie bzw. Komponentenübersicht benannt. Die DKG äußert den Wunsch, sich im weiteren Verlauf stärker in die Entwicklungen einbringen zu können.

1.3.4 Beratungen in der AG Mindestmengen

Der Abschlussbericht wurde nach Berichtsabgabe am 07. Januar 2019 an den G-BA in der darauffolgenden AG Mindestmengen am 21. Februar 2019 beraten. In diesem Abschnitt werden aktualisierte Informationen aus der AG dargelegt. Diese sind für die technische Umsetzung durch Softwareanbieter relevant, werden jedoch erst in einer zukünftigen Version der Mm-R

verankert sein. Diese Änderungen haben informellen Charakter und waren bei der Berichterstellung noch nicht bekannt. Sie sind somit in den technischen Umsetzungskapiteln noch nicht berücksichtigt.

- Die Erfüllung der Weiterbildungsordnung soll zukünftig in keinem Leistungsbereich erfasst werden.
- Zu Leistungsbereich 8:
 - Bei Frühgeborenen wird von dem Geburtsgewicht auf das Aufnahmegewicht umgestellt.
 - Die aufgeworfene Frage, ob Patienten und Fälle identisch sind, wurde mit „ja“ beantwortet.
 - Das Level des Perinatalzentrums wird aus den Mm-R gestrichen.

2 Mindestmengenregelungen

2.1 Leistungsbereiche

In der Anlage zu den Mindestmengenregelungen (in Kraft getreten am 1. Januar 2018) werden die in Tabelle 1 dargestellten Leistungsbereiche definiert.

Tabelle 1: Mindestmengen-Leistungsbereiche

Nr.	Name	MM
1	Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20
2	Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
3	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
4	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
5	Stammzellentransplantation	25
6	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
7	Koronarchirurgische Eingriffe	-
8	Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g (Perinatalzentrum Level 1)	14

2.2 Übermittlung der Leistungsmenge

Die Darlegung der Prognose gemäß Mm-R beginnt im Jahr 2018, jedoch ohne die Vorgaben einer Softwarespezifikation des IQTIG (§ 10 Mm-R). Ab dem Jahr 2020 erfolgt die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß IQTIG-Spezifikation. Die Übermittlung gliedert sich in folgende drei Stufen:

1. Ausnahmetatbestand gemäß § 7 Absatz 3 Satz 1: Erste 12 Monate nach (Wieder-)Aufnahme
2. Ausnahmetatbestand gemäß § 7 Absatz 4 Satz 1: 13-24 Monate nach (Wieder-)Aufnahme
3. Regelbetrieb gemäß §§ 3 und 5

Die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Punkt 1. wird nicht von der Spezifikation des IQTIG geregelt und kann somit bei den weiteren Betrachtungen ausgeschlossen werden.

Die Zählung und Übermittlung der Leistungsmengen gemäß den Punkten 2. und 3. anhand der Vorgaben der Spezifikation des IQTIG beginnt ab 1. Januar 2020. Dies umfasst die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß Ausnahmetatbestand § 7 Absatz 4 Satz 1 bei Leistungserbringern, bei denen der 13. Monat der (Wieder-)Aufnahme der Leistung frühestens Januar 2019 ist, sowie die regelhafte Übermittlung von Leistungsmengen erstmalig zwischen dem 1. Und 15. Juli 2020.

2.2.1 Übermittlung der Leistungsmenge im Regelbetrieb

Die an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermittelnde Leistungsmenge beinhaltet je Leistungsbereich die Zahlen A und B. Zahl A enthält die Summe aller erbrachten Leistungen des gesamten vorausgegangenen Kalenderjahres (siehe Abbildung 2). Zahl B enthält die Summe aller erbrachten Leistungen der Quartale 3 und 4 des vorausgegangenen Kalenderjahres sowie der Quartale 1 und 2 des aktuellen Kalenderjahres. Zahl A und Zahl B werden zwischen dem 1. und 15. Juli des laufenden Kalenderjahres gemäß der Spezifikation des IQTIG an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt. Die erste Datenübermittlung im Juli 2020 enthält die Leistungsmenge des Kalenderjahres 2019 als Zahl A sowie die Leistungsmenge des 3. und 4. Quartals 2019 und des 1. und 2. Quartals 2020 als Zahl B.



Abbildung 2: Schematische Darstellung der Übermittlungszeitpunkte für die Leistungsmenge im Regelbetrieb

2.2.2 Übermittlung der Leistungsmenge bei (Wieder-)Aufnahme

Die erstmalige Erbringung einer Leistung oder die Wiederaufnahme nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung kann in jedem Monat erfolgen. In den ersten 12 Monaten ist das Krankenhaus verpflichtet, mindestens 50 % der gemäß Mm-R vorgeschriebenen Leistungsmenge zu erbringen. Die in diesem Zeitraum tatsächlich erbrachte Leistungsmenge ist bis zum 15. des 13. Monats an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermitteln. Die Übermittlung dieser Leistungsmenge wird nicht durch das IQTIG spezifiziert. Wurden mindestens 50 % der geforderten Leistungsmenge erbracht, schließt sich ein weiterer 12-monatiger Zeitraum an, in dem das Krankenhaus 100 % der geforderten Leistungsmenge erbringen muss. Zwischen dem 1. und dem 15. des darauffolgenden Monats muss das Krankenhaus die erbrachte Leistungsmenge (Zahl X) gemäß der Spezifikation des IQTIG an die Landesverbände der Krankenkassen übermitteln. In Abbildung 3 ist der Sachverhalt skizziert.

Abbildung 3 zeigt weiterhin den Übergang von den Ausnahmetatbeständen gemäß § 7 Absätze 3 und 4 Mm-R zur regelhaften Übermittlung der Leistungsmenge. In den Mm-R wird in § 7 Absatz 5 festgelegt, dass das Krankenhaus nach Darlegung der Leistungsmenge gemäß § 7 Absatz 4 die erste Prognose im Regelbetrieb spätestens zum kommenden 15. Juli übermitteln muss. Diese Prognose bzw. Leistungsmenge ist in Abbildung 3 durch die grau gefärbten Kästchen dargestellt. Das IQTIG möchte an dieser Stelle auf eine möglicherweise bestehende Inkonsistenz in den Vorgaben der Mm-R hinweisen, die ggf. einer Konkretisierung bedarf. Diese Inkonsistenz ist in Abbildung 3 als rotes Kästchen eingezeichnet. Bei dem explizit gewählten Beispiel beginnt das Krankenhaus mit der Erbringung der Leistung im Februar 2018. Im Januar 2019 muss das Krankenhaus gemäß § 7 Absatz 3 Mm-R 50 % der Leistungsmenge erbringen. Nach dem Übergang in den Regelbetrieb und den Vorgaben in § 7 Absatz 5 Mm-R wird der Januar 2019 im Rahmen der Berechnung von Zahl A herangezogen. Für die Berechnung von Zahl A ist jedoch eine Leistungsmenge von 100 % vorgesehen, sodass die Leistungsmenge des Monats Januar 2019 in zwei unterschiedlichen Kontexten interpretiert wird.

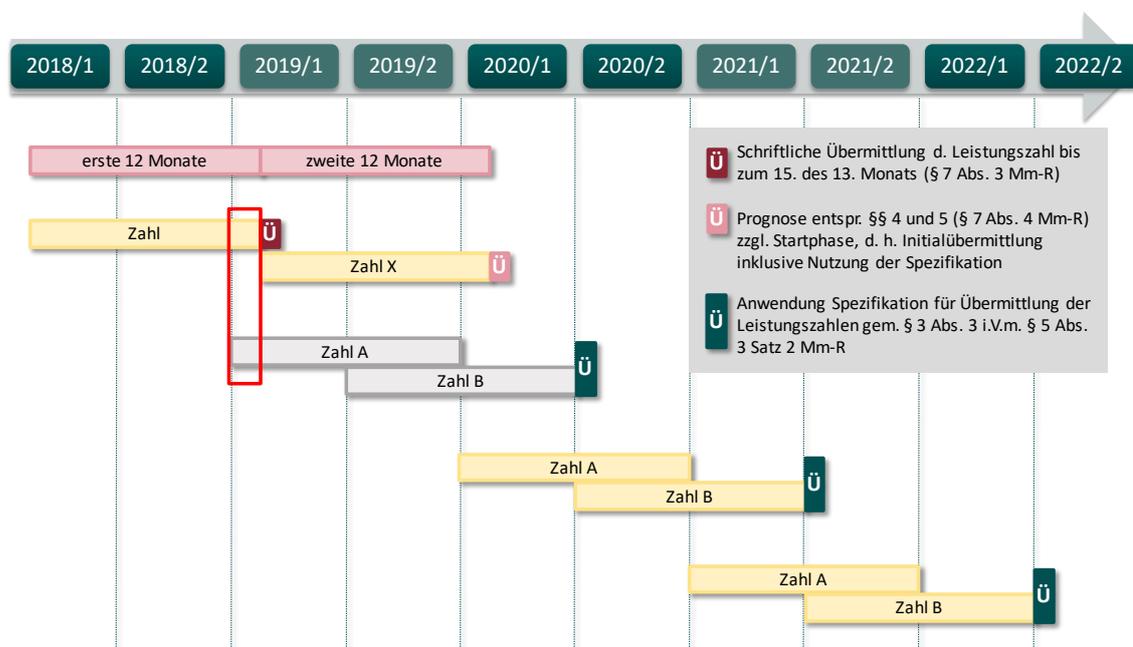


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Leistungsübermittlung im Rahmen eines Ausnahmetatbestands

2.3 Roadmap Erstellung der Spezifikation 2019

In Abschnitt 2.1 wurden die Vorgaben der Mm-R in Bezug auf die Übermittlung der Leistungsmenge gemäß IQTIG-Spezifikation detailliert erläutert. Basierend auf diesen Vorgaben wurde die in Abbildung 4 dargestellte Roadmap zur Entwicklung und Veröffentlichung des Abschlussberichts sowie der technischen Spezifikation 2019 erarbeitet. Die Roadmap berücksichtigt die Prozesse des G-BA, die notwendigen Zeiträume zur Umsetzung der Vorgaben durch die SWA sowie die internen Prozesse des IQTIG. Folgende Meilensteine sind hierfür vorgesehen:

Abgabe Abschlussbericht:	7. Januar 2019 Der Abschlussbericht an den G-BA enthält alle Empfehlungen des IQTIG zur Umsetzung der technischen Spezifikation sowie weitere Hinweise
Spezifikation V01	30. Juni 2019 Das IQTIG veröffentlicht die technische Spezifikation Mm-R in Version 01. Die SWA können mit der Implementierung beginnen und Fehler an das IQTIG melden.
Spezifikation V02	November/Dezember 2019 Die Spezifikation Version 02 enthält Fehlerkorrekturen und die DIMDI-Kodes für die Jahre 2019 und 2020
Übermittlung Ausnahmetatbestände	Februar 2020 inkl. Testphase Die Spezifikation wurde in der Software umgesetzt. Krankenhäuser können nun Leistungszahlen zu Ausnahmetatbeständen gemäß § 7 Absatz 4 Mm-R übermitteln.
Übermittlung Leistungsmenge (Zahlen A und B)	1. Juli – 15. Juli 2020 (Produktivbetrieb) Krankenhäuser können erstmalig ihre Leistungsmenge im Regelbetrieb gemäß IQTIG-Spezifikation übermitteln.

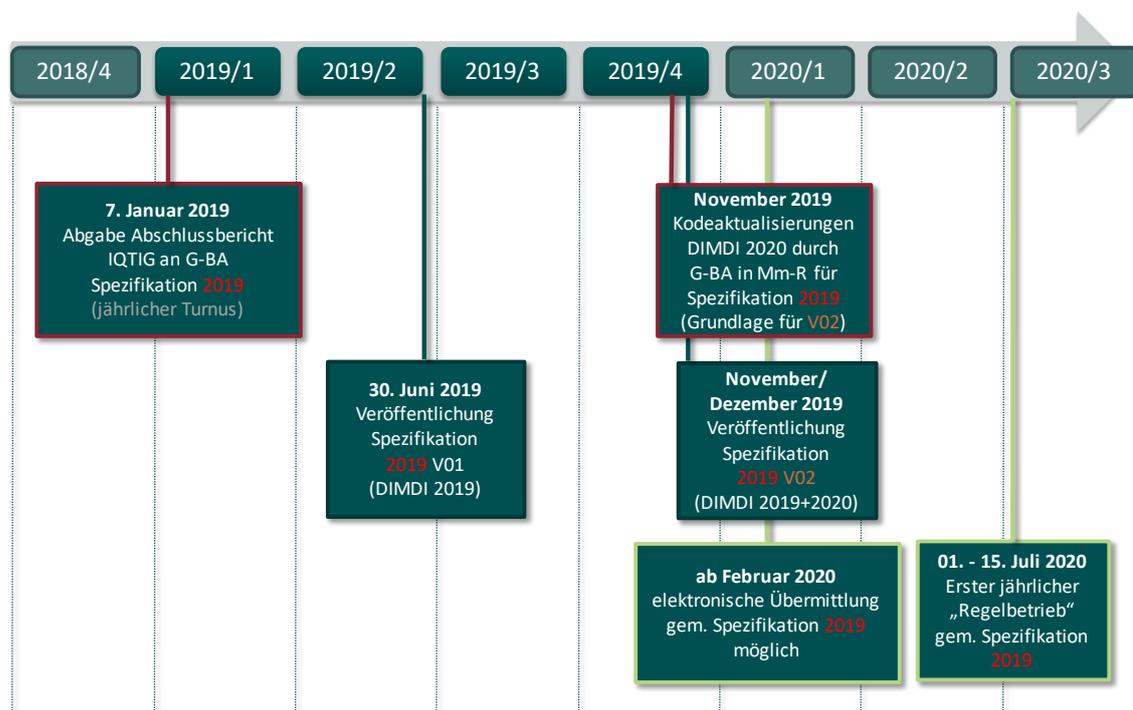


Abbildung 4: Roadmap zur Umsetzung der Spezifikation Mm-R

Die Benennung der Spezifikation richtet sich immer nach dem Kalenderjahr, für das die Leistungsmenge Zahl A erhoben wird. Aus diesem Grund wird die erste Spezifikation für Mindestmengen das Jahr 2019 tragen, obwohl eine Übermittlung frühestens in Kalenderjahr 2020 erfolgen wird.

Die Mm-R Spezifikation wird immer ab 1. Februar im Krankenhaus zur Übermittlung der Leistungsmenge in einer neuen Version genutzt. Dies begründet sich in den jeweils hinterlegten Kodetabellen des DIMDI. Dies soll mit einem Beispiel veranschaulicht werden: Die Spezifikation 2020 enthält die DIMDI-Kodes für die Jahre 2018, 2019, 2020 und 2021. Alle Kodetabellen sind für die Übermittlung der Leistungsmenge im Rahmen der Ausnahmetatbestände bei (Wieder-) Aufnahme des Leistungsbereichs ab Februar 2019 sowie bei der regulären Übermittlung der Leistungsmenge im Juli des aktuellen Jahres notwendig. Bei (Wieder-)Aufnahme der Leistung im Januar 2019 ist die Übermittlung der Leistungsmenge im Januar 2021 notwendig. Diese umfasst jedoch ausschließlich Leistungen von Januar 2020 bis Dezember 2020, sodass hierfür die DIMDI-Kodes des Jahres 2021 nicht benötigt werden. Für diesen „Sonderfall“ erfolgt die Übermittlung der Leistungsmenge noch mit der Spezifikation des Vorjahres, in diesem Beispiel Spezifikation 2019.

Für die Spezifikation 2019 ergibt sich hierdurch eine einmalige Sonderkonstellation. Da dies die erste Mm-R Spezifikation ist, können für Leistungen, die im Januar 2018 (Wieder-)Aufgenommen wurden, die Leistungsmengen noch nicht im Januar 2020 an die Landesverbände der Krankenkassen übermittelt werden.

3 Empfehlungen zur Spezifikation

3.1 Eingangsdatensatz

Die Zählung der Leistungen, die im Rahmen der Mm-R betrachtet werden, muss auf einer bei allen Leistungserbringern identischen und von konkreten Softwaresystemen unabhängig definierten Datengrundlage erfolgen. Diese Datengrundlage wird im Folgenden als *Eingangsdatensatz* bezeichnet (siehe Abbildung 5). Je nach Abrechnungskontext (ambulant, stationär) können hierzu existierende gesetzliche Regelungen bei der Übermittlung abrechnungsrelevanter Daten herangezogen werden. Dies können z. B. die Regelungen in § 301 SGB V sein, die in den technischen Anlagen (TA) zur Datenübermittlung konkretisiert werden. Die Referenzierung auf derart definierte Datenfelder abstrahiert von konkret genutzten Datenstrukturen unterschiedlicher Softwaresysteme, kann jedoch von allen Softwareanbietern den entsprechenden Datenfeldern in deren proprietären Datenstrukturen eindeutig zugeordnet werden. Die technischen Anlagen definieren jedoch einerseits nicht alle Informationen, die im Rahmen der Mm-R benötigt werden. Andererseits liegen bestimmte Informationen erst nach Entlassung des Patienten in entsprechender Form vor. Die Mm-R bezieht sich bei der Selektion der Fälle für die Zählung auf die Aufnahme sowie das OP-Datum und nicht auf die Entlassung von Patienten. Im Gegensatz zur externen Qualitätssicherung, bei der Patienten immer entlassen sein müssen um die fallbezogene Dokumentation im Krankenhaus abschließen zu können, kann bei der Implementierung der Spezifikation der Mm-R durch die SWA nicht auf Datenfelder der Entlassungsanzeige nach § 301 SGB V zurückgegriffen werden.

Die Ermittlung der Leistungsmenge gemäß Mm-R erfordert zusätzlich zu fallbezogenen medizinischen Daten die Einbeziehung von Informationen über krankenhauserne Prozesse. Aktuell handelt es sich um Informationen über Anforderungen an Weiterbildungsordnungen oder über das Level eines Perinatalzentrums.

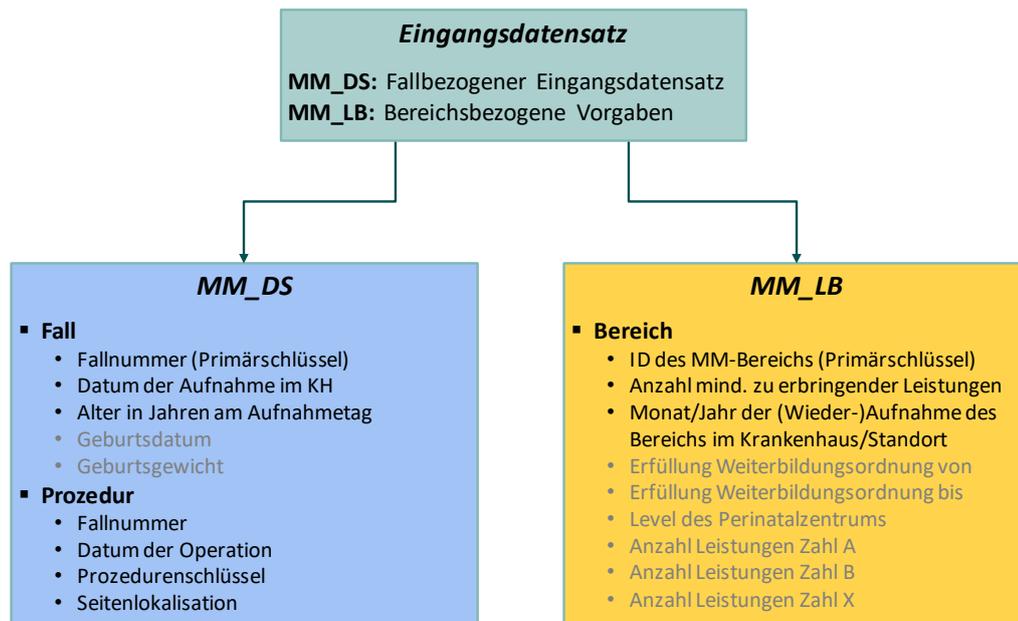


Abbildung 5: Schematische Darstellung der Bestandteile des Eingangsdatsatzes

3.1.1 Fallbezogener Eingangsdatsatz (MM_DS)

Der fallbezogene Eingangsdatsatz wurde angelehnt an die Definition des QS-Eingangsdatsatzes DATENSATZ_301 der QS-Basispezifikation modelliert (siehe Abbildung 5, blauer Kasten). Im Rahmen der Ermittlung der Leistungsmenge werden Informationen zum Fall (Teildatsatz FALL) sowie zu den durchgeführten Prozeduren (Teildatsatz PROZ) benötigt. Im Teildatsatz FALL ist die Fallnummer, die auch den Primärschlüssel bei der Persistierung der Daten darstellt, das Datum der Aufnahme ins Krankenhaus und das Alter am Aufnahmetag enthalten. Dieser Teildatsatz ist je Fall genau einmal vorhanden. Die Angaben zum Geburtsdatum und Geburtsgewicht werden lediglich in Leistungsbereich 8, Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g, benötigt und sind deshalb mit grauer Schrift als „Kann-Feld“ dargestellt. Das Geburtsdatum kann aus dem Alter am Aufnahmetag (bei Babys in Tagen) und dem Aufnahmetag ermittelt werden. Der Teildatsatz PROZ kann beliebig oft je Fall vorhanden sein und enthält Angaben zu einer medizinischen Behandlung. In jedem Teildatsatz PROZ wird die Fallnummer, der Tag der Operation, der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Code sowie die Seitenlokalisierung hinterlegt.

3.1.2 Datensatz für bereichsbezogene Vorgaben (MM_LB)

Der Eingangsdatsatz für bereichsbezogene Vorgaben enthält spezifische Informationen zu jedem Mindestmengen-Leistungsbereich gemäß Tabelle 1. Somit wird dieser Datensatz maximal 8 (respektive 7, da der Leistungsbereich der koronarchirurgischen Eingriffe noch nicht mit einer Mindestmenge versehen ist) Einträge enthalten. Die Informationen, die zu jedem Leistungsbereich erfasst werden sollen, sind nach aktuellem Kenntnisstand des IQTIG nicht in den Datenbeständen der Krankenhausinformationssysteme (KIS) vorhanden. Hierbei handelt es sich um folgende Informationen als Muss-Felder:

- **ID des Leistungsbereichs:** Diese ID wird in der Tabelle `Modul` in der technischen Spezifikation des IQTIG vorgegeben und ist zu übernehmen.
- **Anzahl mindestens zu erbringender Leistungen:** Die Leistungsmenge wird in der Tabelle `Modul` der technischen Spezifikation vorgegeben.
- **Monat/Jahr der (Wieder-)Aufnahme:** Dieses Datum ist notwendig, um bei der Ermittlung der Leistungsmenge die Ausnahmetatbestände nach § 7 Mm-R berücksichtigen zu können. Die Information ist durch das Krankenhaus bereitzustellen und durch den Softwareanbieter in der Software zu hinterlegen.

Die folgenden Informationen werden als Kann-Felder definiert (graue Darstellung in Abbildung 5), da sie nicht in jedem Leistungsbereich relevant sind:

- **Erfüllung der Weiterbildungsordnung von:** In den Leistungsbereichen 3 und 4 (siehe Tabelle 1) wird die Erfüllung Anforderungen der gültigen Weiterbildungsordnung (WBO) gefordert. In diesem Datenfeld wird das Startdatum, ab wann die WBO erfüllt ist, hinterlegt.
- **Erfüllung der Weiterbildungsordnung bis:** In diesem Datenfeld wird das Datum erfasst, an dem die aktuelle WBO abläuft bzw. erneuert werden muss.
- **Level des Perinatalzentrums:** Für Leistungsbereich 8 (siehe Tabelle 1) muss das Level des Perinatalzentrums hinterlegt werden.
- **Zahlen A, B, X:** Anzahl der Leistungen, die tatsächlich erbracht wurden. Die Felder werden während des Zählvorgangs je Leistungsbereich als Speichervariablen genutzt und erhalten nach erfolgter Zählung die entsprechenden, an die Landesverbände der Krankenkassen zu übermittelnden Mindestmengen. Es werden auch für die Leistungsbereiche 3 und 5 separate Zählvariablen zur temporären Zählung behandelter Kinder spezifiziert.

Die bereichsbezogenen Vorgaben können in der Software hinterlegt werden. Denkbar wäre in diesem Sinne ein Konfigurationsdialog, in dem diese Daten vor der Ermittlung der Leistungsmengen hinterlegt bzw. aktualisiert werden können. Um diese Datenart in der Spezifikation eindeutig kenntlich zu machen wurden neue Basistypen mit dem Präfix `PARAM:` eingeführt. Daten für Felder, die auf diesem Basistyp definiert sind, sollen somit aus der Software heraus zur Verfügung gestellt und nicht in den bestehenden Datenbeständen des KIS selektiert werden (siehe Abbildung 6).

name	bezeichnung	formatAnweisung
PARAM:MONATJAHR	Dieser Basistyp enthält Monat und Jahr (MM.JJJJ) und ist als Übergabeparameter konzipiert. Der Inhalt eines PARAM-Feldes wird über einen Konfigurationsdialog in der Software gesetzt und nicht über bestehende Datensätze oder Erfassungsmasken erfasst.	MM.JJJJ
PARAM:SCHLUESSEL	Dieser Basistyp enthält Schlüssel mit alphanumerischen Schlüsselcodes und ist als Übergabeparameter konzipiert. Der Inhalt eines PARAM-Feldes wird über einen Konfigurationsdialog in der Software gesetzt und nicht über bestehende Datensätze oder Erfassungsmasken erfasst.	

Abbildung 6: PARAM-Basistypen

3.1.3 Adminkriterien

Die Adminkriterien enthalten Vorgaben in Bezug auf den Umfang des fallbezogenen Eingangsdatensatzes MM_DS. In den Adminkriterien sind die zeitlichen Schranken definiert, nach denen Fälle im Eingangsdatensatz berücksichtigt werden müssen. Gemäß § 3 Absatz 4 Mm-R wird für die zeitliche Zuordnung der Tag der stationären Aufnahme oder der Tag der Operation herangezogen. Dies bedeutet in der praktischen Umsetzung des Eingangsdatensatzes, dass alle Fälle, bei denen das Aufnahmedatum bzw. das OP-Datum innerhalb des Zeitraums zur Ermittlung der Leistungsmenge liegt, in den Eingangsdatensatz einbezogen werden müssen. Die Leistungsbereiche 1-7 können anhand des Prozedurdatums einbezogen werden. Diesbezüglich sind, je nach gewähltem Algorithmus zur Auswahl entsprechender Fälle, DIMDI-Kataloge unterschiedlicher Jahre zu berücksichtigen. Der Sachverhalt ist in Abschnitt 3.2 detailliert erläutert. Im Leistungsbereich 8 wird das Aufnahmedatum/Geburtsdatum als Randbedingung im Adminkriterium gewählt.

Eine detaillierte Darstellung der Adminkriterien als Pseudocode und eine entsprechende textuelle Beschreibung wird in Abschnitt 4.2 gegeben.

3.1.4 Persistierung des Eingangsdatensatzes

Der Eingangsdatensatz ist nach der Erstellung und vor Anwendung der Filterkriterien revisionsicher zu persistieren. Der Eingangsdatensatz enthält alle Datensätze, die den zeitlichen Kriterien der Adminkriterien entsprechen, nicht nur Datensätze mit Bezug zu den einzelnen Leistungsbereichen der Mm-R.

3.2 Einbezug von DIMDI-Katalogen

In der Spezifikation werden DIMDI-Kataloge mehrerer Jahre zur korrekten Zählung der Leistungen benötigt. Die folgenden Randbedingungen sind hierzu gegeben:

- In Leistungsbereich 8 Mm-R (Neonatologie) existieren keine Prozedurcodes zur Ermittlung der Leistungsmenge. Demzufolge gibt es bei diesen Fällen kein Operationsdatum und das Aufnahmedatum/Geburtsdatum ist maßgeblich, um den Fall in den Eingangsdatensatz einzubeziehen.
- In allen anderen Leistungsbereichen existieren Operations-Datumsangaben zusätzlich zum Aufnahmedatum.
- Die gesamte Fallabwicklung orientiert sich am Aufnahmetag, somit sind alle nachfolgenden Kodierungen (OPS, ICD, DRG) mit den am Aufnahmetag gültigen Katalogen zu erstellen.
- Im Eingangsdatensatz werden alle Fälle berücksichtigt, die in die entsprechenden Zeitschranken der Adminkriterien fallen. Es erfolgt an dieser Stelle keine Differenzierung nach den Leistungsbereichen oder OPS-Kodes, die später im Filter auf den Eingangsdatensatz angewendet werden.

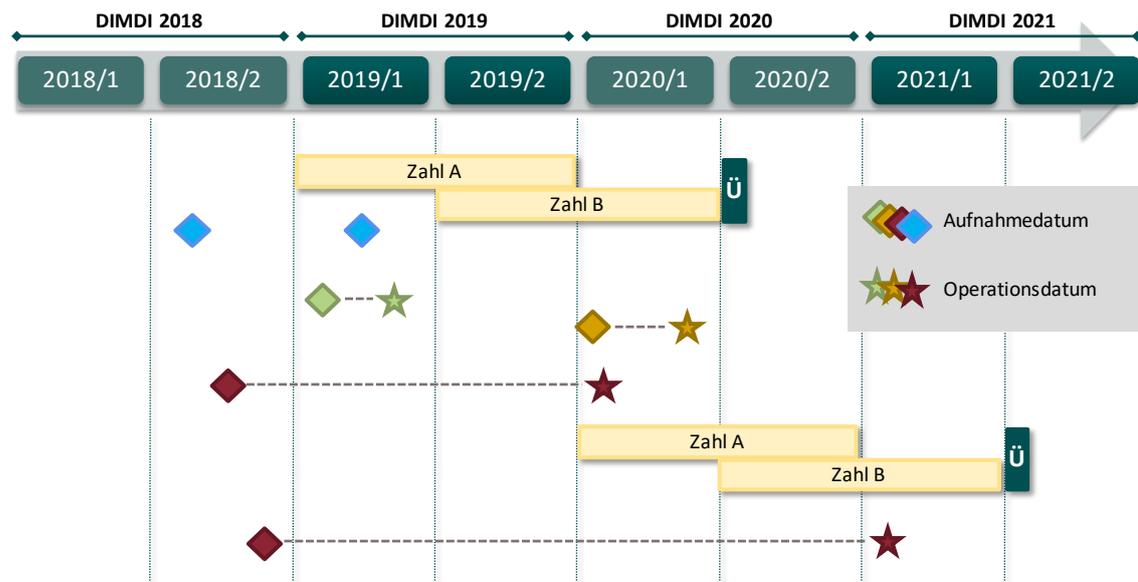


Abbildung 7: Zusammenhang zwischen Eingangssatzen und DIMDI-Katalogen

In Abbildung 7 sind unterschiedliche Konstellationen von Aufnahme- und Operationsdaten sowie die DIMDI-Katalogversionen des entsprechenden Jahres dargestellt. Anhand verschiedener Beispiele soll nun auf den gewählten Algorithmus für die Adminkriterien hingeführt werden.

Beispiel 1: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit Geburtsgewicht <1250g

In Leistungsbereich 8 gibt es wie bereits weiter oben erwähnt keine dokumentierten Prozedurcodes im Rahmen der Mm-R. In diesem Leistungsbereich ist ausschließlich das Geburtsdatum relevant, was auch gleichzeitig das Aufnahmedatum ist. Dieser Leistungsbereich wird in Abbildung 7 durch zwei blaue Raute repräsentiert, die jeweils eine Geburt symbolisieren. Für die Ermittlung der Leistungsmenge im Juli 2020 ist die Raute in 2019/1 relevant. Die Raute in 2018/2 ist nicht relevant. Bei der Erstellung des Eingangssatzen ist der Einschluss aller Fälle mit Geburtsdatum zwischen 01.01.2019 und 30.06.2020 notwendig. Da für die Geburt von Frühgeborenen kein OPS-Code definiert ist, diese jedoch nach der Geburt intensiv betreut werden müssen, ist davon auszugehen, dass auch unterschiedliche Leistungen als OPS-Code dokumentiert werden und zum Falleinschluss herangezogen werden können. In der Spezifikation ist demzufolge die Hinterlegung der DIMDI-Kataloge für die Jahre 2019 und 2020 relevant.

Beispiel 2: Leistungsbereiche mit Aufnahme- und Operationsdatum innerhalb der Zeitgrenzen für die Ermittlung der Leistungsmenge

Die Kombination von Aufnahme (Raute) und Operation (Stern) in den Farben Grün und Orange in Abbildung 7 liegen im Zeitraum zur Ermittlung der Leistungsmenge im Juli 2020. Notwendig für die Zählung sind die Prozeduren. Die Aufnahmen sind für die Zählung nicht relevant. Während der Erstellung des Eingangssatzen sind mit der Selektion (Aufnahmedatum > 01.01.2019 UND OP-Datum > 01.01.2019 UND Aufnahmedatum < 30.06.2020 UND OP-Datum < 30.06.2020) die entsprechenden Fälle selektierbar. Die ausschließliche Selektion nach OP-Da-

tum liefert in diesem Fall das gleiche Ergebnis. Für den in grün dargestellten Fall sind in der Spezifikation lediglich die DIMDI-Kataloge für 2019 erforderlich. Im orange dargestellten Fall sind die Kataloge für 2020 erforderlich. In der Spezifikation Version 2019 müssen somit beide Katalogjahre eingebunden werden.

Beispiel 3: Leistungsbereiche mit Aufnahmedatum vor und Operationsdatum innerhalb der Zeitgrenzen für die Ermittlung der Leistungsmenge

Die Kombination von Aufnahme (Raute) und Operation (Stern) in der Farbe Rot in Abbildung 7 zeigen Fallkonstellationen auf, bei denen zusätzlich zu den DIMDI-Katalogen der beiden Jahre, auf die sich eine Leistungsmenge bezieht, weitere Kataloge in der Spezifikation berücksichtigt werden müssen. Die Prozeduren liegen im Zeitraum der Leistungsermittlung. Die Aufnahme der Patienten erfolgte jedoch vor diesem Zeitraum. Da sich alle Kodierungen nach der gültigen Klassifikation am Aufnahmetag richten, werden die Prozeduren (rote Sterne), die in den Jahren 2020 und 2021 stattfinden, deren Aufnahme jedoch in 2018 war, gemäß der DIMDI-Kataloge 2018 dokumentiert. Die Spezifikation 2019 und die Spezifikation 2020 müssen demnach auch die DIMDI-Kataloge des Jahres 2018 beinhalten, um die Leistungsmenge korrekt ermitteln zu können. Diese beiden Fallkonstellationen lassen sich beliebig verändern (Aufnahme in 2017, 2016, etc.), es ist jedoch davon auszugehen, dass derartige Fallkonstellationen eine Ausnahme bilden werden.

Basierend auf den Überlegungen in den drei Beispielen wird das folgende Vorgehen zur Umsetzung in der Spezifikation vom IQTIG empfohlen:

- Aufnahme der DIMDI-Kataloge 2018, 2019 und 2020 in die Spezifikation 2019
- Erweiterung der Kataloge in den Folgejahren unter Beibehaltung vorangegangener Jahre

Für das Erfassungsjahr 2019 ist mit diesen Vorgaben eine Grenze bei der Zählung von Mindestmengenleistungen für Fälle mit einer Aufnahme in 2018 festgelegt. Durch die Erweiterung der Kodetabellen in den Folgejahren unter Beibehaltung der Kodetabellen aller vorherigen Jahre wächst die Möglichkeit der Zählung von Sonderfällen, bei denen der Zeitraum zwischen der stationären Aufnahme und der Erbringung der Leistung sehr groß ist, stetig an.

3.3 Filter zur Ermittlung der Leistungsmengen

Die Leistungsmenge wird auf dem Eingangsdatensatz mit Hilfe von Filterkriterien bestimmt. Bei der Selektion der entsprechenden Prozeduren bzw. Fälle dienen die in den Abschnitten 4.3 ff. hinterlegten Filterlisten sowie Filteralgorithmen.

Zur Prüfung der Fälle bzw. Prozeduren und Zählung der Zahlen A, B und X wurden zwei Syntaxfunktionen entwickelt. Die Syntaxfunktion `ZaehleMM` (siehe Abschnitt 4.1.4) ermittelt aus einem OPS-Code, dem Leistungsbereich sowie Filterlisten als Funktionsparameter ob sich der entsprechende Leistungsbereich in der (Wieder-)Aufnahmephase befindet oder im Regelbetrieb und nimmt eine entsprechende Zählung der Leistungsmenge vor. Die Syntaxfunktion `ZaehleMM_NEO` (siehe Abschnitt 4.1.5) wurde für die Zählung der Leistungsmenge in Leistungsbereich 8 entwickelt und arbeitet auf Fallebene ohne Prozedurcodes.

Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Syntaxfunktionen, Algorithmen und Filterkriterien befindet sich in Abschnitt 4.

3.4 Exportdatensatz

Der Export der Daten erfolgt in einer XML-Datenstruktur. Die Definition wird in einem XML-Schema bereitgestellt. In Abbildung 8 ist das Wurzelement nebst Untergliederung der Transaktionsinhalte in Metainformationen und Lieferdaten grafisch dargestellt. Abbildung 9 zeigt die Ausprägung der Metainformationen. Die Unterschiede der Lieferdaten zwischen Regelbetrieb und (Wieder-)Aufnahmephase werden in Abbildung 10 und Abbildung 11 gegenübergestellt.

In Abbildung 12 ist beispielhaft eine XML-Datei für den Regelbetrieb dargestellt, welche den Festlegungen des definierten XML-Schemas entspricht. In Abbildung 13 ist beispielhaft eine XML-Datei für die (Wieder-)Aufnahmephase dargestellt.

Leistungsbereiche, die sich zum Zeitpunkt des Regelbetriebs noch in der (Wieder-)Aufnahmephase befinden, werden mit dem XML-Element `NichtAngeboten` übermittelt. Weitere Details und nähere Erläuterungen zu den XML-Elementen können dem XML-Schema-Entwurf im Anhang entnommen werden.

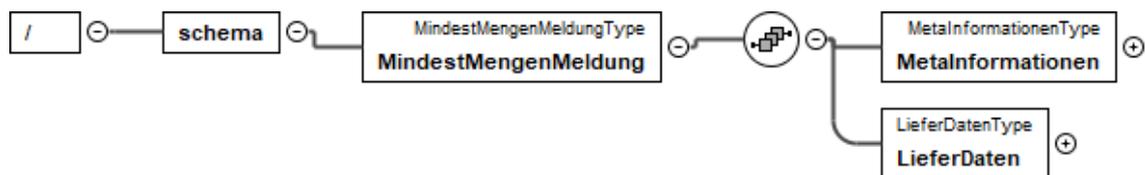


Abbildung 8: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen und Lieferdaten

Erstellung einer Spezifikation für die Mindestmengenregelungen

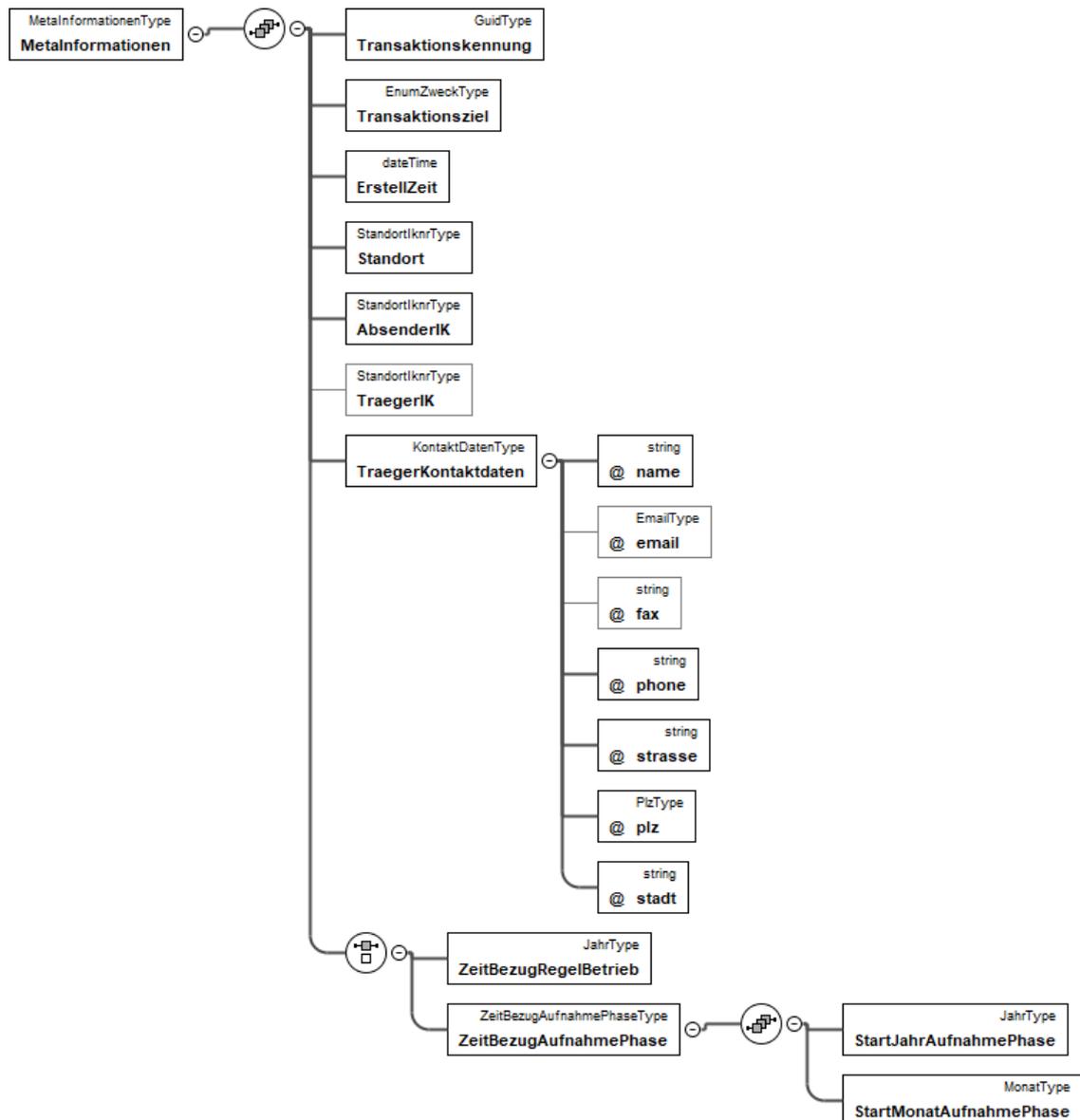


Abbildung 9: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – Metainformationen Details

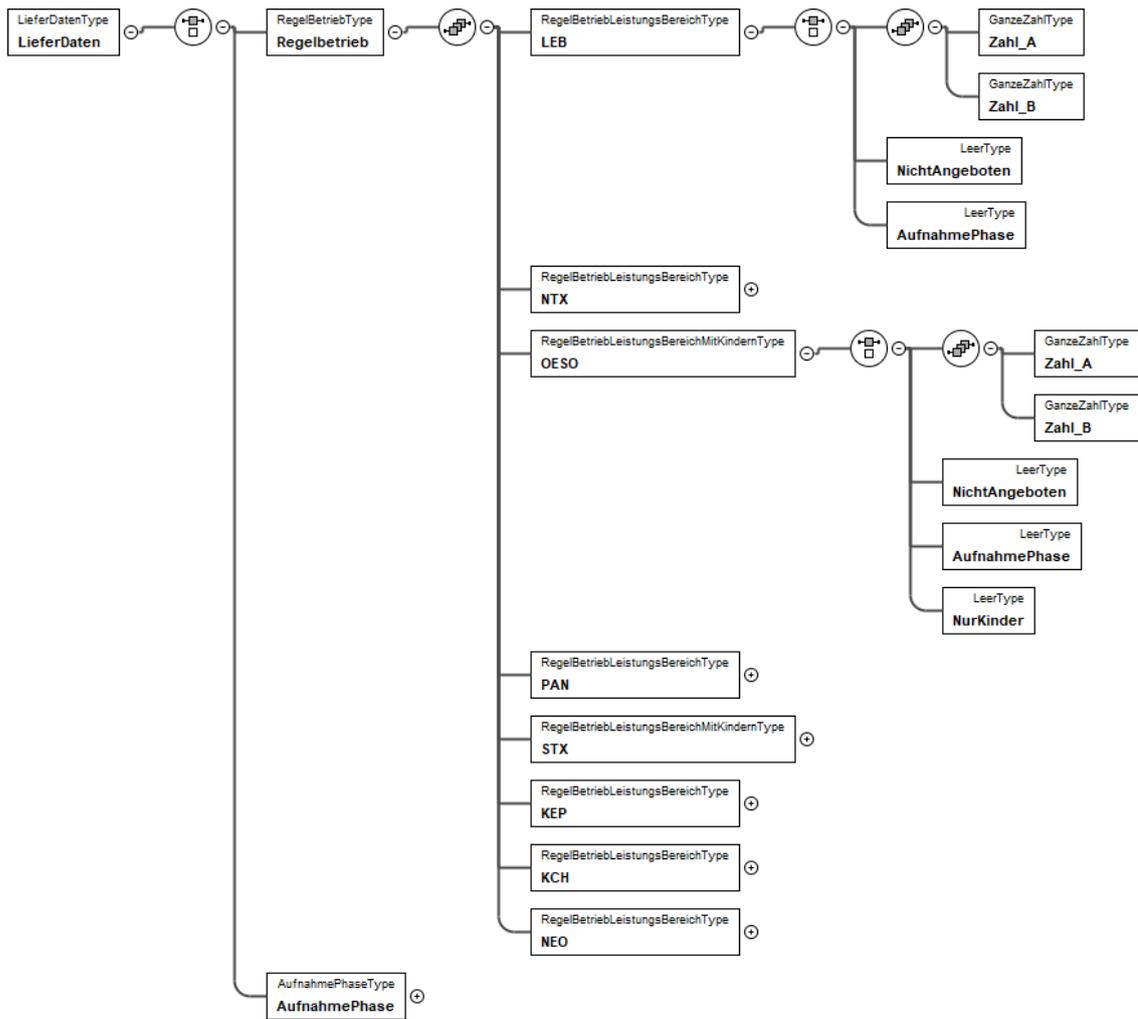


Abbildung 10: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten Regelbetrieb Details

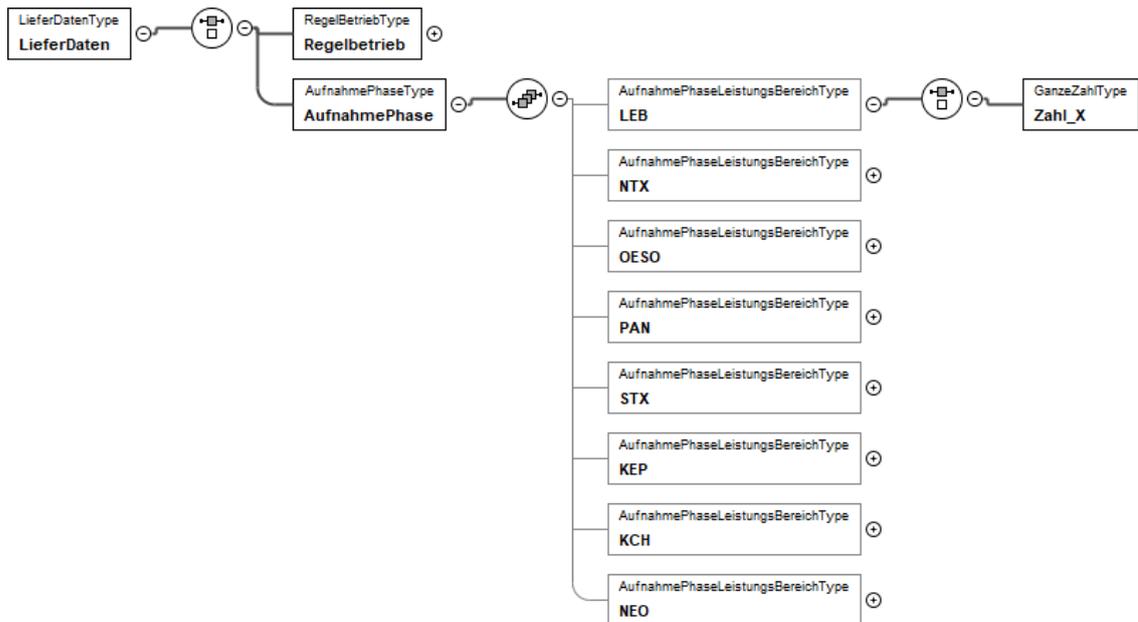


Abbildung 11: XML-Schema zur Übermittlung der Leistungsmengen – LieferDaten AufnahmePhase Details

```

<MindestMengenMeldung xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <MetaInformationen>
    <Transaktionskennung>{30a4ecfd-8cd6-4479-8aa7-95cebe38f0c9}</Transaktionskennung>
    <Transaktionsziel>Testbetrieb</Transaktionsziel>
    <ErstellZeit>2020-06-10T09:09:09</ErstellZeit>
    <Standort>123456789</Standort>
    <AbsenderIK>260000000</AbsenderIK>
    <TraegerKontaktDaten fax="12345/678910" phone="12345/678910"
      email="office@leistungserbringer.de" name="Einrichtung (Träger)" strasse="Strasse"
      plz="12345" stadt="Stadt"/>
    <ZeitBezugRegelBetrieb>2019</ZeitBezugRegelBetrieb>
  </MetaInformationen>
  <LieferDaten>
    <Regelbetrieb>
      <LEB>
        <Zahl_A>23</Zahl_A>
        <Zahl_B>30</Zahl_B>
      </LEB>
      <NTX>
        <Zahl_A>28</Zahl_A>
        <Zahl_B>35</Zahl_B>
      </NTX>
      <OESO>
        <NichtAngeboten/>
      </OESO>
      <PAN>
        <NichtAngeboten/>
      </PAN>
      <STX>
        <NurKinder/>
      </STX>
      <KEP>
        <AufnahmePhase/>
      </KEP>
      <KCH>
        <NichtAngeboten/>
      </KCH>
      <NEO>
        <NichtAngeboten/>
      </NEO>
    </Regelbetrieb>
  </LieferDaten>
</MindestMengenMeldung>

```

Abbildung 12: Beispiel einer XML-Exportdatei - Regelbetrieb

```

<MindestMengenMeldung xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xsi:noNamespaceSchemaLocation="mindestmengenmeldung.xsd">

  <MetaInformationen>
    <Transaktionskennung>{c7b9119a-657b-455b-b76e-f230d8d869f3}</Transaktionskennung>
    <Transaktionsziel>Testbetrieb</Transaktionsziel>
    <ErstellZeit>2020-07-10T10:10:10</ErstellZeit>
    <Standort>123456789</Standort>
    <AbsenderIK>260000000</AbsenderIK>
    <TraegerIK>987654321</TraegerIK>
    <TraegerKontaktDaten fax="12345/678910"
      phone="12345/678910"
      email="office@leistungserbringer.de"
      name="Einrichtung (Träger)"
      strasse="Strasse"
      plz="12345"
      stadt="Stadt" />
    <ZeitBezugAufnahmePhase>
      <StartJahrAufnahmePhase>2019</StartJahrAufnahmePhase>
      <StartMonatAufnahmePhase>6</StartMonatAufnahmePhase>
    </ZeitBezugAufnahmePhase>
  </MetaInformationen>

  <LieferDaten>
    <AufnahmePhase>
      <NTX>
        <Zahl_X>28</Zahl_X>
      </NTX>
    </AufnahmePhase>
  </LieferDaten>

</MindestMengenMeldung>

```

Abbildung 13: Beispiel einer XML-Exportdatei - (Wieder-)Aufnahmephase

3.5 Datenübermittlung

Die Übermittlung der Daten erfolgt über FTAM over IP. Zur genauen Umsetzung sind weitere Beratungen im Fachausschuss QS-IT sowie weitere Absprachen mit den Softwareanbietern notwendig. Die finalen Vorgaben werden in der technischen Spezifikation veröffentlicht.

3.6 Releaseplanung

Die Spezifikation für die Mindestmengenregelungen wird in einem jährlichen Intervall angelehnt an die Veröffentlichung der QS-Basispezifikation veröffentlicht.

4 Anwenderinformationen

4.1 Syntaxfunktionen

4.1.1 ExportzeitraumRegelbetrieb

```

BOOL ExportzeitraumRegelbetrieb() {
    if (aktuellesDatum.Jahr = Ende_Zahl_B.Jahr &&
        aktuellesDatum.Monat = 07 UND
        |aktuellesDatum.Tag-15| < 15)
        return true;
    else
        return false;
}

```

Die Funktion `ExportzeitraumRegelbetrieb` errechnet aus dem aktuellen Datum, ob ein Export zwischen dem 1. Juli und 15. Juli durchgeführt wird. Ist dies der Fall gibt die Funktion den Wert `true` zurück, andernfalls den Wert `false`. In diesem Fall werden Leistungen zur Ermittlung der Zahlen A und B bei der Erstellung der Datengrundlage des fallbezogenen Eingangsdatsatzes berücksichtigt.

4.1.2 LeistBereichInitialphase

```

BOOL LeistBereichInitialphase(Leistungsbereich-ID idLB) {
    GANZEZAHL Monate := aktuellesDatum.MonatJahr -
                        MM_LB.BEREICH[idLB].START_MONAT_JAHR;
    if (Monate = 25 UND aktuellesDatum.Tag <= 15)
        return true;
    return false;
}

```

Die Funktion `LeistBereichInitialphase` errechnet, ob sich der aktuelle Leistungsbereich im zweiten Jahr nach (Wieder-)Aufnahme befindet und zum aktuellen Zeitpunkt Zahl X übermittelt werden muss (1. bis 15. des 25. Monats). Hierfür wird die Anzahl an Monaten zwischen (Wieder-)Aufnahme und aktuellem Monat berechnet. Da die erstmalige Übermittlung der Mindestmenge gemäß IQTIG-Spezifikation im 25. Monat nach (Wieder-)Aufnahme durchgeführt werden soll, ist dieser Wert hier ausschlaggebend.

4.1.3 ZeitraumZahlX

```
DATUM[] ZeitraumZahlX(Leistungsbereich-ID idLB) {  
  
    DATUM RueckgabeWert[];  
  
    if (LeistBereichInitialphase(idLB)) {  
        DATUM Start_Zahl_X :=  
            MM_LB.BEREICH[idLB].START_MONAT_JAHR + 12 Monate;  
        DATUM Ende_Zahl_X :=  
            MM_LB.BEREICH[idLB].START_MONAT_JAHR + 24 Monate;  
        RueckgabeWert[0] := Start_Zahl_X;  
        RueckgabeWert[1] := Ende_Zahl_X;  
        return RueckgabeWert;  
    }  
  
    return RueckgabeWert;  
}
```

Die Funktion `ZeitraumZahlX` errechnet die Datumsangaben für den Start und das Ende der Zählung der Leistungsmenge für die Leistungsbereiche, die sich zum aktuellen Übermittlungszeitpunkt (1. bis 15. jeden Monats) am Ende der zweiten Phase der Ausnahmetatbestände befinden. Der Rückgabewert ist ein Array, in das Start- und Enddatum des entsprechenden Zeitraums (1. und 28./29./30./31. des jeweiligen Monats) gespeichert werden. Liegt der Leistungsbereich nicht im entsprechenden Bereich wird ein leeres Array zurückgegeben.

4.1.4 ZaehleMM

```

BOOL ZaehleMM(OPS ops, Leistungsbereich-ID idLB,
              Liste_1, Liste_2, ..., Liste_n) {

    DATUM afnd := ops.FALL.AUFNDATUM;
    BOOL kind := false;

    if ((idLB=A3 ODER idLB=A5) UND ops.FALL.PATALTER < 18)
        kind := true;

    if(OPS EINSIN(afnd) Liste 1...n) {

        DATUM opdat := PROZ.OPDATUM;

        if (LeistBereichInitialphase(idLB)) {

            DATUM Zahl_X_Zeit[] = ZeitraumZahlX(idLB);
            DATUM Start_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[0];
            DATUM Ende_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[1];

            if (opdat >= Start_Zahl_X UND opdat <= Ende_Zahl_X)
                if(kind) ZAHL_KIND_X++; else ZAHL_X++;
            if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                if(kind) ZAHL_KIND_X++; else ZAHL_X++;
        }
        else {
            if (opdat >= Start_Zahl_A UND opdat < Start_Zahl_B) {
                if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
                if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                    if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
            } else if (opdat >= Start_Zahl_B UND opdat <= Ende_Zahl_A) {
                if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
                if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
                if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                    if(kind) ZAHL_KIND_A++; else ZAHL_A++;
                    if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
            } else if (opdat > Ende_Zahl_A UND opdat <= Ende_Zahl_B) {
                if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
                if (ops.FALL.OPSLÖK = b)
                    if(kind) ZAHL_KIND_B++; else ZAHL_B++;
            }
        }
    }
}

```

Die Funktion `ZaehleMM` prüft für jeden OPS-Code des Eingangsdatensatzes, ob dieser in den entsprechenden Filterlisten gelistet ist. Die Filterlisten enthalten zu jedem OPS-Code die Jahre, in denen dieser Code gültig ist. Aus diesem Grund wird bei der Prüfung das Aufnahme datum des Patienten in das Krankenhaus mit einbezogen und nur gegen die OPS-Codes geprüft, die im entsprechenden Jahr gültig waren (`EINSIN(afnd)`). Im Pseudocode wird zur Ermittlung des Aufnahmejahres eine Vereinfachung vorgenommen. Dieses ist im Fall ersichtlich (Fall → OPS-Code, Fall → Aufnahme datum). Das Konstrukt `ops.FALL.AUFNDAT` setzt voraus, dass aus dem OPS-Code das Elternelement `FALL` referenziert werden kann.

Die beiden Leistungsbereiche 3 und 5 stellen spezielle Anforderungen an die Leistungserbringung bei Kindern. Krankenhäuser, die ausschließlich Kinder behandeln, sollen nicht den Rege-

lungen der Mm-R unterliegen. Aus diesem Grund wird geprüft, ob im aktuellen Bearbeitungsschritt ein OPS-Code aus diesem Leistungsbereich geprüft wird. Die Leistungen werden entsprechend auf die normalen Zählvariablen oder die Zählvariablen für Kinder aufgeschlagen. Nachdem alle OPS-Codes des Eingangsdatensatzes geprüft wurden kann außerhalb dieser Syntaxfunktion ein Abgleich stattfinden, ob ausschließlich Kinder behandelt wurden. Ist dies der Fall wird den Landesverbänden der Krankenkassen lediglich dieser Fakt mitgeteilt, es werden keine Zahlen übermittelt. Wurden auch Erwachsene behandelt, werden die Behandlungszahlen von Kindern den Zahlen A, B und X entsprechend zugeschlagen und als Mindestmenge übermittelt.

Befindet sich der Leistungsbereich in der (Wieder-)Aufnahmephase werden die entsprechenden Zeitschranken berücksichtigt. Dies wäre für die Zählung der Mindestmenge außerhalb der Datenübermittlung im Regelbetrieb nicht notwendig, da der Eingangsdatensatz zu diesen Zeitpunkten ausschließlich die Datensätze innerhalb der Zeitschranken enthält. Wird der Algorithmus jedoch zum Zeitpunkt der Datenübermittlung des Regelbetriebs genutzt, erstreckt sich die Datenmenge des Eingangsdatensatzes über 1,5 Jahre anstatt ein Jahr, sodass in diesem Fall die Einschränkung notwendig ist. Anschließend werden die erbrachten Leistungen auf ZAHL_X im leistungsbereichsbezogenen Eingangsdatensatz aufsummiert. Sollte es sich um einen Eingriff an paarigen Organen handeln wird dies über die Seitenlokalisierung geprüft und ggf. der Eingriff doppelt gezählt.

Befindet sich der Leistungsbereich im Regelbetrieb werden anhand des OP-Datums die erbrachten Leistungen auf die Zahlen A und B im leistungsbereichsbezogenen Eingangsdatensatz aufaddiert. Über die Seitenlokalisierung wird auch an dieser Stelle auf einen ggf. vorliegenden Eingriff an paarigen Organen geprüft.

Die Funktion gibt `true` zurück, wenn der OPS-Code gezählt wurde und `false` wenn er in keiner Filterliste vorhanden war.

4.1.5 ZaehleMM_NEO

```

BOOL ZaehleMM_NEO(FALL) {
    DATUM gebdat := FALL.GEBDATUM;
    GANZEZAHL gebgew := FALL.GEBGEWICHT;

    if(gebgew < 1250) {
        if (LeistBereichInitialphase(idLB)) {
            DATUM Zahl_X_Zeit[] = ZeitraumZahlX(idLB);
            DATUM Start_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[0];
            DATUM Ende_Zahl_X = Zahl_X_Zeit[1];

            if (gebdat >= Start_Zahl_X UND gebdat <= Ende_Zahl_X)
                ZAHL_X++;
        }
        else {
            if (gebdat >= Start_Zahl_A UND gebdat < Start_Zahl_B)
                ZAHL_A++;

            else if (gebdat >= Start_Zahl_B UND gebdat <= Ende_Zahl_A)
                ZAHL_A++;
                ZAHL_B++;

            else if (gebdat > Ende_Zahl_A UND gebdat <= Ende_Zahl_B)
                ZAHL_B++;
        }
    }
}

```

Die Zählfunktion für Leistungsbereich 8 benötigt keine Angaben zu Prozedurcodes. Es wird lediglich die Angabe zum Geburtsgewicht benötigt. Die Zählung erfolgt unter Berücksichtigung der (Wieder-)Aufnahmephase sowie der Mengengerüste für die Zahlen A und B angelehnt an die Zählung in der Syntaxfunktion ZaehleMM.

4.2 Administrative Einschlusskriterien zur Erstellung des Eingangsdatensatzes

Adminkriterium als Formel

```

if (ExportzeitraumRegelbetrieb) {

    (OPDATUM >= Start_Zahl_A UND OPDATUM <= Ende_Zahl_B) UND
    (GEBDATUM >= Start_Zahl_A UND GEBDATUM <= Ende_Zahl_B);

} else {

    if (NICHT ExportzeitraumRegelbetrieb UND
        LeistBereichInitialphase(idLB)) {

        DATUM Zahl_X[] = ZeitraumZahlX(idLB);
        DATUM Start_Zahl_X = Zahl_X[0];
        DATUM Ende_Zahl_X = Zahl_X[1];

        (OPDATUM >= Start_Zahl_X UND OPDATUM <= Ende_Zahl_X) UND
        (GEBDATUM >= Start_Zahl_X UND GEBDATUM <= Ende_Zahl_X);

    }

}

```

Adminkriterium in Textform

Im Falle der Ermittlung der Leistungsmenge im Regelbetrieb zwischen dem 1. und dem 15. Juli werden alle Fälle bei der Erstellung des Eingangsdatensatzes berücksichtigt, deren OP-Datum sich zwischen dem 1. Januar des vorangegangenen Jahres (Start_Zahl_A) sowie dem 30. Juni des aktuellen Jahres (Ende_Zahl_B) befinden. Die entsprechenden Datumsangaben sind in der Spezifikation hinterlegt.

Falls es in dem Krankenhaus Leistungsbereiche gibt, die den Regelungen der (Wieder-)Aufnahme unterliegen und die (Wieder-)Aufnahme im Juli des Vor-Vor-Jahres startete, sind die für die Zählung notwendigen Datensätze (Zahl_X) bereits in diesem Eingangsdatensatz enthalten.

Im Fall, dass ein Datenexport nicht im Regelbetrieb stattfindet, sondern ausschließlich Leistungsmengen bei (Wieder-)Aufnahme zu übermitteln sind, muss auch ein Eingangsdatensatz erstellt werden. Der Umfang muss jedoch nicht 1,5 Jahre wie im Regelbetrieb betragen, sondern lediglich 1 Jahr. Basierend auf dem aktuellen Datum (welches zwischen dem 1. und dem 15. des 25. Monats nach (Wieder-)Aufnahme liegt), werden die entsprechenden Zeitintervalle (Start_Zahl_X, Ende_Zahl_X) ermittelt und es werden alle Fälle im Eingangsdatensatz einbezogen, deren OP-Datum in diesem Zeitintervall liegt.

Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1250g erhalten im Regelfall lebenserhaltende Maßnahmen, die mit einem OPS-Kode kodiert werden. Diese Fälle sind bereits durch das Adminkriterium zum Einschluss der Prozedurenkodes berücksichtigt. Sollten jedoch zum Zeitpunkt der Ermittlung der Mindestmenge für Leistungsbereich 8 (noch) keine OPS-Kodes erfasst worden sein, müssen die entsprechenden Fälle über das Aufnahme-/Geburtsdatum selektiert und bei der Erstellung des Eingangsdatensatz berücksichtigt werden.

4.3 Leistungsbereich 1: Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 20

Filter-Algorithmus als Formel

`ZaehleMM(OPS, A1, LEB_1, LEB_2)`

Filter-Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 2: Filterlisten Leistungsbereich Lebertransplantation

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
LEB_1	OPS	Prozeduren Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation)
LEB_2	OPS	Prozeduren Lebertransplantation

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 3: Filterkodes Leistungsbereich Lebertransplantation

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
LEB_1	5-503.0	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hepatektomie, postmortal
	5-503.1	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Entfernung einer Transplantateleber als selbständiger Eingriff
	5-503.2	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Entfernung einer Eigenleber als selbständiger Eingriff
	5-503.3	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organspende

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-503.4	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organ spende
	5-503.5	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organ spende
	5-503.6	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organ spende
	5-503.x	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Sonstige
	5-503.y	2018	2019	Leberteileresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): N.n.bez.
LEB_2	5-504.0	2018	2019	Lebertransplantation: Komplet (gesamtes Organ)
	5-504.1	2018	2019	Lebertransplantation: Partiiell (Split-Leber)
	5-504.2	2018	2019	Lebertransplantation: Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)
	5-504.3	2018	2019	Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
	5-504.4	2018	2019	Lebertransplantation: Retransplantation, partiiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthaltes
	5-504.5	2018	2019	Lebertransplantation: Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
	5-504.x	2018	2019	Lebertransplantation: Sonstige
	5-504.y	2018	2019	Lebertransplantation: N.n.bez.

4.4 Leistungsbereich 2: Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 25

Algorithmus als Formel

ZaehleMM(OPS, A2, NTX_1)

Algorithmus in Textform

Die Funktion ZaehleMM erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen ZAHL_A, ZAHL_B oder ZAHL_X gespeichert.

Verwendete Filterliste

Tabelle 4: Filterliste Leistungsbereich Nierentransplantation

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
NTX_1	OPS	Nierentransplantation

Inhalt der Filterliste

Tabelle 5: Filterkodes Leistungsbereich Nierentransplantation

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
NTX_1	5-555.0	2018	2019	Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender
	5-555.1	2018	2019	Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere
	5-555.2	2018	2019	Nierentransplantation: Syngen
	5-555.3	2018	2019	Nierentransplantation: Autotransplantation
	5-555.4	2018	2019	Nierentransplantation: Autotransplantation nach extrakorporaler Resektion
	5-555.5	2018	2019	Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat
	5-555.6	2018	2019	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes
	5-555.7	2018	2019	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-555.8	2018	2019	Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes
	5-555.x	2018	2019	Nierentransplantation: Sonstige

4.5 Leistungsbereich 3: Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

Algorithmus als Formel

```
if (WBO_ÖSO) {
    ZaehleMM(OPS, A3, ÖSO_1, ÖSO_2, ÖSO_3,
            ÖSO_4, ÖSO_5, ÖSO_6, ÖSO_7);
}
```

Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Anschließend ist eine Prüfung der Ergebnisse der Zählung vor der Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen notwendig. Es ist zu prüfen, ob Erwachsene behandelt wurden oder ausschließlich Kinder. Wurden ausschließlich Kinder behandelt sind keine konkreten Zahlen an die Landesverbände der Krankenkassen zu melden. Wurden jedoch auch erwachsene Patienten behandelt, sind die Leistungszahlen der behandelten Kinder den Zahlen der Erwachsenen zuzuschlagen und in Summe zu übermitteln.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 6: Filterlisten Leistungsbereich Ösophagus

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
ÖSO_1	OPS	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
ÖSO_2	OPS	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität
ÖSO_3	OPS	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität
ÖSO_4	OPS	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität
ÖSO_5	OPS	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff)
ÖSO_6	OPS	Andere Operationen am Ösophagus
ÖSO_7	OPS	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 7: Filterkodes Leistungsbereich Ösophagus

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
ÖSO_1	5-423.0	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Zervikal
	5-423.1	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakal
	5-423.2	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal
	5-423.3	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominal
	5-423.x	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-423.y	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_2	5-424.0	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakal
	5-424.1	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal
	5-424.10	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Ohne proximale Magenresektion
	5-424.11	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Mit proximaler Magenresektion (Kardia und

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
				Fundus) und Hochzug des Restmagens, transhiatal
	5-424.12	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Mit proximaler Magenresektion (Kardia und Fundus) und Hochzug des Restmagens, durch Thorakotomie
	5-424.1x	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal: Sonstige
	5-424.2	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominal
	5-424.x	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-424.y	2018	2019	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_3	5-425.0	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
	5-425.1	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
	5-425.2	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie
	5-425.x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-425.y	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_4	5-426.0	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion
	5-426.01	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-426.02	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.03	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.04	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Mit Koloninterposition
	5-426.0x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Abdominozervikal (transmediastinal), stumpfe Dissektion: Sonstige
	5-426.1	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie
	5-426.11	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-426.12	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.13	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.14	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Mit Koloninterposition
	5-426.1x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, ohne Lymphadenektomie: Sonstige
	5-426.2	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie)

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-426.21	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-426.22	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.23	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.24	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Mit Koloninterposition
	5-426.2x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Thorakoabdominal, mit Lymphadenektomie (En-bloc-Ösophagektomie): Sonstige
	5-426.x	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige
	5-426.x1	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-426.x2	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-426.x3	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit freier Dünndarminterposition
	5-426.x4	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Mit Koloninterposition
	5-426.xx	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: Sonstige: Sonstige

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-426.y	2018	2019	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität: N.n.bez.
ÖSO_5	5-427.0	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum)
	5-427.01	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-427.02	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-427.03	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit freier Dünndarminterposition
	5-427.04	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Mit Koloninterposition
	5-427.0x	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Retrosternalraum (vorderes Mediastinum): Sonstige
	5-427.1	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum)
	5-427.11	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und intrathorakaler Anastomose
	5-427.12	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit Magenhochzug (Schlauchmagen) und zervikaler Anastomose
	5-427.13	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit freier Dünndarminterposition

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-427.14	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Mit Koloninterposition
	5-427.1x	2018	2019	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff): Im Ösophagusbett (hinteres Mediastinum): Sonstige
ÖSO_6	5-429.p	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems
	5-429.p0	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems: Offen chirurgisch
	5-429.p1	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems: Laparoskopisch
	5-429.p2	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Implantation oder Wechsel eines magnetischen Antirefluxsystems: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-429.q	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems
	5-429.q0	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems: Offen chirurgisch
	5-429.q1	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems: Laparoskopisch
	5-429.q2	2018	2019	Andere Operationen am Ösophagus: Revision oder Entfernung eines magnetischen Antirefluxsystems: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
ÖSO_7	5-438.0	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition
	5-438.01	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Ohne Lymphadenektomie
	5-438.02	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
				Dünndarminterposition: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
	5-438.03	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
	5-438.04	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
	5-438.05	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
	5-438.0x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Sonstige
	5-438.1	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition
	5-438.11	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Ohne Lymphadenektomie
	5-438.12	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
	5-438.13	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
	5-438.14	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
	5-438.15	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
	5-438.1x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit (sub)totaler Ösophagusresektion, mit Dickdarminterposition: Sonstige

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-438.x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Sonstige
	5-438.21	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Ohne Lymphadenektomie
	5-438.22	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III
	5-438.23	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II
	5-438.24	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III
	5-438.25	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III
	5-438.2x	2018	2019	(Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion: Mit partieller Ösophagusresektion, mit Dünndarminterposition: Sonstige

4.6 Leistungsbereich 4: Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Die Einrichtung muss die Anforderungen der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung erfüllen.

Algorithmus als Formel

```
if(WBO_PAN) {
    ZaehleMM(OPS, A4, PAN_1, PAN_2, PAN_3)
}
```

Algorithmus in Textform

Der Filter prüft als erstes, ob die Anforderungen an die Weiterbildungsordnung erfüllt sind. Anschließend erfolgt die Ermittlung der Mindestmenge mit der Syntaxfunktion `ZaehleMM`.

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 8: Filterlisten Leistungsbereich Pankreas

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
PAN_1	OPS	Innere Drainage des Pankreas
PAN_2	OPS	Partielle Resektion des Pankreas
PAN_3	OPS	(Totale) Pankreatektomie

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 9: Filterkodes Leistungsbereich Pankreas

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
PAN_1	5-523.2	2018	2019	Innere Drainage des Pankreas: Pankreatojejunostomie
	5-523.x	2018	2019	Innere Drainage des Pankreas: Sonstige
PAN_2	5-524.0	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose)
	5-524.00	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Offen chirurgisch
	5-524.01	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Laparoskopisch
	5-524.02	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-524.1	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Partielle Duodenopankreatektomie mit Teilresektion des Magens (OP nach Whipple)
	5-524.2	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, pyloruserhaltend
	5-524.3	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreaskopfresektion, duodenerhaltend

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-524.4	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Pankreassegmentresektion
	5-524.x	2018	2019	Partielle Resektion des Pankreas: Sonstige
PAN_3	5-525.0	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Mit Teilresektion des Magens
	5-525.1	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Pyloruserhaltend
	5-525.2	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Duodenumhaltend
	5-525.3	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Entfernung eines Pankreastransplantates
	5-525.4	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Pankreatektomie postmortal (zur Transplantation)
	5-525.x	2018	2019	(Totale) Pankreatektomie: Sonstige

4.7 Leistungsbereich 5: Stammzellentransplantation (autologe/allogene Knochenmarktransplantation, periphere hämato-poetische Stammzelltransplantation)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 10

Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich Kinder in dem Leistungsbereich „autologe/allogene Knochenmarktransplantation und/oder periphere hämatopoetische Stammzelltransplantation“ behandeln, sind von der Mindestmengenregelung nicht betroffen.

Algorithmus als Formel

$ZaehleMM(OPS, A5, STX_1, STX_2)$

Algorithmus in Textform

Die Funktion `ZaehleMM` erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen `ZAHL_A`, `ZAHL_B` oder `ZAHL_X` gespeichert.

Anschließend ist eine Prüfung der Ergebnisse der Zählung vor der Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen notwendig. Es ist zu prüfen, ob Erwachsene behandelt wurden oder ausschließlich Kinder. Wurden ausschließlich Kinder behandelt sind keine konkreten Zahlen an die Landesverbände der Krankenkassen zu melden. Wurden jedoch auch erwachsene Patienten behandelt, sind die Leistungszahlen der behandelten Kinder den Zahlen der Erwachsenen zuzuschlagen und in Summe zu übermitteln.

Verwendete Filterlisten

Tabelle 10: Filterlisten Leistungsbereich Stammzellentransplantation

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
STX_1	OPS	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark
STX_2	OPS	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen

Inhalt der Filterlisten

Tabelle 11: Filterkodes Leistungsbereich Stammzellentransplantation

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
STX_1	5-411.0	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Autogen
	5-411.00	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Autogen: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.02	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Autogen: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.2	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
	5-411.24	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
	5-411.25	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
	5-411.26	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-411.27	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploid)
	5-411.3	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	5-411.30	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.32	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.4	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
	5-411.40	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.42	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.5	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	5-411.50	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	5-411.52	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	5-411.6	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-411.x	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: Sonstige
	5-411.y	2018	2019	Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark: N.n.bez.
STX_2	8-805.0	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen
	8-805.00	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.03	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Autogen: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.2	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender
	8-805.24	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
	8-805.25	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
	8-805.26	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 1 Antigen
	8-805.27	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung bei Differenz in 2-3 Antigenen (haploident)
	8-805.3	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	8-805.30	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	8-805.32	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, nicht HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.4	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender
	8-805.40	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.42	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.5	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender
	8-805.50	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.52	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Allogen, HLA-identisch, nicht verwandter Spender: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.6	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen
	8-805.60	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Ohne In-vitro-Aufbereitung
	8-805.62	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen: Nach In-vitro-Aufbereitung
	8-805.7	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämatopoetischen Stammzellen: Retransfusion während desselben stationären Aufenthaltes

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	8-805.x	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämato-poetischen Stammzellen: Sonstige
	8-805.y	2018	2019	Transfusion von peripher gewonnenen hämato-poetischen Stammzellen: N.n.bez.

4.8 Leistungsbereich 6: Kniegelenk-Totalendoprothesen

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 50

Algorithmus als Formel

$ZaehleMM(OPS, A6, KEP_1)$

Algorithmus in Textform

Die Funktion ZaehleMM erhält als Argumente den OPS-Code, die ID des Leistungsbereichs sowie die entsprechenden leistungsbereichsspezifischen Filterlisten. Die Mindestmengen werden je nach Situation (Regelbetrieb, (Wieder-)Aufnahmephase) in den entsprechenden Variablen ZAHL_A, ZAHL_B oder ZAHL_X gespeichert.

Verwendete Filterliste

Tabelle 12: Filterliste Leistungsbereich Knieendoprothesen

Filterliste	Katalogart	Beschreibung
KEP_1	OPS	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

Inhalt der Filterliste

Tabelle 13: Filterkodes Leistungsbereich Knieendoprothesen

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
KEP_1	5-822.9	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese
	5-822.90	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert
	5-822.91	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert
	5-822.92	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-822.g	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese
	5-822.g0	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
	5-822.g1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert
	5-822.g2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-822.h	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese
	5-822.h0	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Nicht zementiert
	5-822.h1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert
	5-822.h2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-822.j	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit
	5-822.j1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
	5-822.j2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Hybrid (teilzementiert)
	5-822.k	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese
	5-822.k0	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Nicht zementiert

Filterliste	Kode	von	bis	Beschreibung
	5-822.k1	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Zementiert
	5-822.k2	2018	2019	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)

4.9 Leistungsbereich 7: Koronarchirurgische Eingriffe

Mindestmenge

Die Aufnahme in den Katalog erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

4.10 Leistungsbereich 8: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1250g (Perinatalzentrum Level 1)

Mindestmenge

Jährliche Mindestmenge pro Standort eines Krankenhauses: 14

Algorithmus als Formel

```
PERINATALZENTRUM = 'Level 1' UND ZaehleMM_NEO(FALL)
```

Algorithmus in Textform

Wenn das Krankenhaus einem Perinatalzentrum Level 1 entspricht wird die Zählung der Fälle mittels der Syntaxfunktion `ZaehleMM_NEO` durchgeführt. Der Übergabeparameter ist der entsprechende Fall, in dem das Geburtsgewicht hinterlegt ist.

Anhang

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema" elementFormDefault="qualified">

  <!-- ===== -->
  <!-- Wurzelement (global) -->
  <!-- ===== -->

  <xs:element name="MindestMengenMeldung" type="MindestMengenMeldungType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation> Wurzel-Element für die Übertragung von Leistungsmengen in
        maschinenlesbarer Form gemäß § 5 Abs. 3 Satz 2 Mm-R. </xs:documentation>
    </xs:annotation>
  </xs:element>

  <!-- ===== -->
  <!-- ComplexType-Definitionen (global) -->
  <!-- ===== -->

  <xs:complexType name="MindestMengenMeldungType">
    <xs:sequence>
      <xs:element name="MetaInformationen" type="MetaInformationenType">
        <xs:annotation>
          <xs:documentation> Administrative Informationen zu einer Transaktion.
          </xs:documentation>
        </xs:annotation>
      </xs:element>
      <xs:element name="LieferDaten" type="LieferDatenType">
```

```
<xs:annotation>
  <xs:documentation> Leistungsmengen nach § 4 Abs. 2 Mm-R sowie ggf. ersetzende
    inhaltliche Angaben. </xs:documentation>
</xs:annotation>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>

<!-- MetaInformationen -->

<xs:complexType name="MetaInformationenType">
  <xs:sequence>
    <xs:element name="Transaktionskennung" type="GuidType">
      <xs:annotation>
        <xs:documentation> Die Transaktionskennung in Form einer GUID dient der
          eindeutigen Identifizierung einer einzelnen Datenübertragung. Sie wird
          vom Leistungserbringer vergeben und dient auch zur Zuordnung etwaiger
          Rückmeldungen. </xs:documentation>
      </xs:annotation>
    </xs:element>
    <xs:element name="Transaktionsziel" type="EnumZweckType">
      <xs:annotation>
        <xs:documentation> Das Transaktionsziel gibt an, zu welchem Zweck dieses
          Dokument erzeugt wurde. Die Unterscheidung beläuft sich auf Testzwecke
          versus Produktivlieferung. (Nach Erstellung nicht mehr modifizierbar.)
        </xs:documentation>
      </xs:annotation>
    </xs:element>
    <xs:element name="ErstellZeit" type="xs:dateTime">
      <xs:annotation>
```

```
<xs:documentation> Die ErstellZeit in Form eines Zeitstempels gibt den Zeitpunkt
  der ursprünglichen Dokumenterzeugung wieder. (Nach Erstellung nicht mehr
  modifizierbar.) </xs:documentation>
</xs:annotation>
</xs:element>
<xs:element name="Standort" type="StandortIknrType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation> Standort gemäß Standortverzeichnis für den die übermittelten
      Leistungsmengen entsprechend § 5 Abs. 3 Mm-R gelten. </xs:documentation>
    </xs:annotation>
  </xs:element>
  <xs:element name="AbsenderIK" type="StandortIknrType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation> Institutionskennzeichen des Absenders der Transaktion.
        Hierunter ist der technische Dienstleister zu verstehen, der die Transaktion
        abwickelt. Hierbei muss es sich nicht zwingend um das dem "Standort"
        zugehörige Institutionskennzeichen des Krankenhauses handeln. An diesen
        Dienstleister wird die technische Quittung hinsichtlich des Empfangs der
        Leistungszahlen adressiert. </xs:documentation>
      </xs:annotation>
    </xs:element>
    <xs:element name="TraegerIK" type="StandortIknrType" minOccurs="0">
      <xs:annotation>
        <xs:documentation> Institutionskennzeichen des verantwortlichen
          Krankenhausträgers entsprechend § 1 Abs. 2 Mm-R. An dieses IK wird die
          Übermittlung der Ergebnisse der Prüfung der Prognose gerichtet. Falls mit
          dem Träger kein Rechnungskonto verbunden ist, d. h. kein IK assoziiert ist,
          wird alternativ auf die Adressdaten zur Kontaktaufnahme zum Träger
          zurückgegriffen werden. </xs:documentation>
        </xs:annotation>
```

```

</xs:element>
<xs:element name="TraegerKontaktdaten" type="KontaktDatenType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation> Kontaktdaten des verantwortlichen Krankenhausträgers
    entsprechend § 1 Abs. 2 Mm-R. </xs:documentation>
  </xs:annotation>
</xs:element>
<xs:choice>
  <xs:element name="ZeitBezugRegelBetrieb" type="JahrType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation> Diese Jahresangabe bezieht sich auf den Zeitraum zur
      Leistungszahl A entsprechend § 4 Abs. 2 Satz 2 Pkt. 1. Der Zeitraum zur
      Leistungszahl B ergibt sich implizit. Beispiel: Wird
      ZeitBezugRegelBetrieb auf 2019 gesetzt bedeutet dies: - Der Zeitraum für
      Zahl A ist vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 - Der Zeitraum für Zahl B
      ist vom 01.07.2019 bis zum 30.06.2020 </xs:documentation>
    </xs:annotation>
  </xs:element>
  <xs:element name="ZeitBezugAufnahmePhase" type="ZeitBezugAufnahmePhaseType"/>
</xs:choice>
</xs:sequence>
</xs:complexType>

<xs:complexType name="KontaktDatenType">
  <xs:attribute name="name" type="xs:string" use="required"/>
  <xs:attribute name="email" type="EmailType" use="optional"/>
  <xs:attribute name="fax" type="xs:string" use="optional"/>
  <xs:attribute name="phone" type="xs:string" use="required"/>
  <xs:attribute name="strasse" type="xs:string" use="required"/>
  <!-- einschließlich Hausnummer, falls vorhanden -->

```

```
<xs:attribute name="plz" type="PlzType" use="required"/>
<xs:attribute name="stadt" type="xs:string" use="required"/>
</xs:complexType>

<xs:complexType name="ZeitBezugAufnahmePhaseType">
  <xs:sequence>
    <xs:element name="StartJahrAufnahmePhase" type="JahrType">
      <xs:annotation>
        <xs:documentation> Diese Jahresangabe bezieht sich auf den Zeitraum zur
          Leistungszahl X entsprechend § 7 Abs. 4 Satz 3. Beispiel: Wird hier für
          StartJahrAufnahmePhase=2019 und StartMonatAufnahmePhase=4 gewählt, bedeutet
          dies, dass die 100-Prozent-Phase vom 01.04.2019 bis zum 31.03.2020
          übermittelt wird. Die 12-Monats-Phase, in der lediglich 50 Prozent der
          Leistungsmenge erbracht werden müssen, ist hier nicht gemeint. Für diese
          Zeit wird keine Mindestmenge gemäß IQTIG-Spezifikation übermittelt.
        </xs:documentation>
      </xs:annotation>
    </xs:element>
    <xs:element name="StartMonatAufnahmePhase" type="MonatType">
      <xs:annotation>
        <xs:documentation> Siehe Dokumentation StartJahrAufnahmePhase.
        </xs:documentation>
      </xs:annotation>
    </xs:element>
  </xs:sequence>
</xs:complexType>

<!-- LieferDaten: Unterscheidung RegelBetrieb vs. AufnahmePhase -->

<xs:complexType name="LieferDatenType">
```

```
<xs:choice>
  <xs:element name="Regelbetrieb" type="RegelBetriebType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation> Für die Übermittlung von Leistungszahlen im Regelbetrieb gem.
        § 5 Abs. 3 Satz 2. Im Regelbetrieb werden alle Leistungsbereiche aus dem
        Katalog planbarer Leistungen benannt. </xs:documentation>
    </xs:annotation>
  </xs:element>
  <xs:element name="AufnahmePhase" type="AufnahmePhaseType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation> Für die Übermittlung von Leistungszahlen in der
        (Wieder-)Aufnahmephase gem. § 7 Abs. 4. In der (Wieder-)Aufnahmephase werden
        lediglich die betroffenen Leistungsbereiche benannt. </xs:documentation>
    </xs:annotation>
  </xs:element>
</xs:choice>
</xs:complexType>

<xs:complexType name="RegelBetriebType">
  <xs:sequence>
    <xs:element name="LEB" type="RegelBetriebLeistungsBereichType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="NTX" type="RegelBetriebLeistungsBereichType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="OESO" type="RegelBetriebLeistungsBereichMitKindernType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="PAN" type="RegelBetriebLeistungsBereichType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="STX" type="RegelBetriebLeistungsBereichMitKindernType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="KEP" type="RegelBetriebLeistungsBereichType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="KCH" type="RegelBetriebLeistungsBereichType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="NEO" type="RegelBetriebLeistungsBereichType" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
  </xs:sequence>
</xs:complexType>
```

```
<xs:complexType name="AufnahmePhaseType">
  <xs:sequence>
    <xs:element name="LEB" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="NTX" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="OESO" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="PAN" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="STX" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="KEP" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="KCH" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
    <xs:element name="NEO" type="AufnahmePhaseLeistungsBereichType" minOccurs="0" maxOccurs="1"/>
  </xs:sequence>
</xs:complexType>
```

```
<!-- LieferDaten RegelBetrieb/AufnahmePhase: Leistungsbereich -->
```

```
<xs:complexType name="LeistungsbereichType" abstract="true">
  <xs:choice>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="Zahl_A" type="GanzeZahlType">
        <xs:annotation>
          <xs:documentation> Angabe der Leistungsmenge gem. § 4 Abs. 2 Satz 2 Pkt. 1.
        </xs:documentation>
        </xs:annotation>
      </xs:element>
      <xs:element name="Zahl_B" type="GanzeZahlType">
        <xs:annotation>
          <xs:documentation> Angabe der Leistungsmenge gem. § 4 Abs. 2 Satz 2 Pkt. 2.
        </xs:documentation>
        </xs:annotation>
      </xs:element>
    </xs:sequence>
  </xs:choice>
</xs:complexType>
```

```
</xs:element>
</xs:sequence>
<xs:element name="Zahl_X" type="GanzeZahlType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation> Angabe der Leistungsmenge gem. § 7 Abs. 4 Satz 1.
    </xs:documentation>
  </xs:annotation>
</xs:element>
<xs:element name="NichtAngeboten" type="LeerType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation> In diesem Leistungsbereich sind keine Leistungszahlen
      angefallen. Die Übermittlung im Regelbetrieb nach § 5 Abs. 3 Satz 2 erfolgt
      unter Nennung aller Leistungsbereiche aus dem Katalog planbarer Leistungen.
    </xs:documentation>
  </xs:annotation>
</xs:element>
<xs:element name="AufnahmePhase" type="LeerType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation> Dieser Leistungsbereich befindet sich in der
      (Wieder-)Aufnahmephase. Die Übermittlung im Regelbetrieb nach § 5 Abs. 3
      Satz 2 erfolgt unter Nennung aller Leistungsbereiche aus dem Katalog
      planbarer Leistungen. Beispiel: Im August 2021 erfolgt im Leistungsbereich
      LB die erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung gem. § 7 Abs. 1
      Mm-R. Zum Zeitpunkt der Übermittlung der Leistungszahlen gem. § 5 Abs. 1
      Mm-R am 10.07.2022 werden für Leistungsbereich LB keine Leistungszahlen
      erhoben und übermittelt, da sich dieser noch in der (Wieder-)Aufnahmephase
      befindet. Da der Leistungsbereich LB erschlossen ist und im Sinne einer
      sauberen Abgrenzung, wird hierfür nicht das Element "NichtAngeboten",
      sondern das Element "AufnahmePhase" gemeldet. </xs:documentation>
  </xs:annotation>
</xs:element>
```

```
</xs:element>
<xs:element name="NurKinder" type="LeerType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation> In diesem Leistungsbereich wurden ausschließlich Kinder
      behandelt. Die Übermittlung im Regelbetrieb nach § 5 Abs. 3 Satz 2 erfolgt
      unter Nennung aller Leistungsbereiche aus dem Katalog planbarer Leistungen.
      Entsprechend der Regelung "Stationäre Einrichtungen, die ausschließlich
      Kinder in dem Leistungsbereich ... behandeln, sind von der
      Mindestmengenregelung nicht betroffen", ist die Übermittlung der
      Leistungszahlen "Zahl_A" und "Zahl_B" nicht erforderlich. Da jedoch
      Leistungen in diesem Leistungsbereich erbracht wurden, wäre die mit dem
      Element "NichtAngeboten" assoziierte Information nicht korrekt. Insofern und
      im Sinne einer sauberen Abgrenzung, wird hierfür nicht das Element
      "NichtAngeboten", sondern das Element "NurKinder" gemeldet.
    </xs:documentation>
  </xs:annotation>
</xs:element>
</xs:choice>
</xs:complexType>

<xs:complexType name="RegelBetriebLeistungsbereichType">
  <xs:complexContent>
    <xs:restriction base="LeistungsbereichType">
      <xs:choice>
        <xs:sequence>
          <xs:element name="Zahl_A" type="GanzeZahlType"/>
          <xs:element name="Zahl_B" type="GanzeZahlType"/>
        </xs:sequence>
        <xs:element name="NichtAngeboten" type="LeerType"/>
        <xs:element name="AufnahmePhase" type="LeerType"/>
      </xs:choice>
    </xs:restriction>
  </xs:complexContent>
</xs:complexType>
```

```
        </xs:choice>
      </xs:restriction>
    </xs:complexContent>
  </xs:complexType>

  <xs:complexType name="RegelBetriebLeistungsBereichMitKindernType">
    <xs:complexContent>
      <xs:restriction base="LeistungsBereichType">
        <xs:choice>
          <xs:sequence>
            <xs:element name="Zahl_A" type="GanzeZahlType"/>
            <xs:element name="Zahl_B" type="GanzeZahlType"/>
          </xs:sequence>
          <xs:element name="NichtAngeboten" type="LeerType"/>
          <xs:element name="AufnahmePhase" type="LeerType"/>
          <xs:element name="NurKinder" type="LeerType"/>
        </xs:choice>
      </xs:restriction>
    </xs:complexContent>
  </xs:complexType>

  <xs:complexType name="AufnahmePhaseLeistungsBereichType">
    <xs:complexContent>
      <xs:restriction base="LeistungsBereichType">
        <xs:choice>
          <xs:element name="Zahl_X" type="GanzeZahlType"/>
        </xs:choice>
      </xs:restriction>
    </xs:complexContent>
  </xs:complexType>
```

```
<!-- ===== -->
<!-- SimpleType-Definitionen (global) -->
<!-- ===== -->

<xs:simpleType name="GanzeZahlType">
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:minInclusive value="0"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="JahrType">
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:minInclusive value="2019"/>
    <xs:maxInclusive value="2099"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="MonatType">
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:minInclusive value="1"/>
    <!-- Januar -->
    <xs:maxInclusive value="12"/>
    <!-- Dezember -->
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="GuidType">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern
```

```
        value="\{([0-9a-fA-F]){8}-([0-9a-fA-F]){4}-([0-9a-fA-F]){4}-([0-9a-fA-F]){4}-([0-9a-fA-F]){12}\}"
    />
</xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="StandortIknrType">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[0-9]{9}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="EmailType">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="[A-Za-z0-9._%+\-]+@[A-Za-z0-9.\-]+\.[A-Za-z]{2,4}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="PlzType">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:pattern value="\d{5}" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="EnumZweckType">
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:enumeration value="Testbetrieb" />
    <xs:enumeration value="Produktivbetrieb" />
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
```

```
<xs:simpleType name="LeerType">  
  <xs:restriction base="xs:string">  
    <xs:enumeration value=""/>  
  </xs:restriction>  
</xs:simpleType>  
</xs:schema>
```