

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Spezifikation zum Erfassungsjahr 2020 für das QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 20. Juni 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 auf der Grundlage von Teil 2: Verfahren 4 § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) die Spezifikation nach Maßgabe der Empfehlungen des IQTIG für das Erfassungsjahr 2020 zum Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (**Anlage 1** „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen nach DeQS-RL – Dokumente“ und **Anlage 2** „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen nach DeQS-RL – Erläuterungen“) beschlossen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Filter- und Dokumentationssoftware gemäß den Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 für das QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen der DeQS-RL.

Die Spezifikation für das QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen der DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2020 einschließlich der technischen Dokumentation ist von dem Institut nach § 137a SGB V 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



**Empfehlungen zur Spezifikation
für das Erfassungsjahr 2020
zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie
bei chronischem Nierenversagen (NET)*
einschließlich Pankreastransplantationen
nach DeQS-RL**

Dokumente

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 11. Juni 2019

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* nach DeQS-RL. Dokumente

Ansprechpartnerin:

Claudia Ammann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

18. Januar 2019, korrigierte Fassung vom 20. Februar 2019, korrigierte Fassung vom 22. Mai 2019, korrigierte Fassung vom 11. Juni 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

Empfehlungen zur Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

DIAL	Dialyse
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation
PNTXFU	Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation Follow-up

Empfehlungen zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen

DIALS	Dialyse
NTXS	Nierentransplantation

Sollstatistik*

* Ein Musterformular zur Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für selektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist dem Dokument „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL. Dokumente“ zu entnehmen.

DIAL Anwenderinformation

Textdefinition

Alle Patienten, die aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz dialysiert werden

Algorithmus

Algorithmus als Formel

```
((EBM EINSIN DIALYSE_EBM ODER (FALLART = 1 UND RIGHT(ENTGELTAMB;5) EINSIN DIALYSE_EBM)) ODER PROZ EINSIN DIALYSE_OPS) UND DIAG EINSIN DIALYSE_ICD) UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER UND format(VERSICHERTENIDNEU;[A-Z][0-9]{9}) = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10' UND PERSONENKREIS = ',00'
```

Algorithmus in Textform

((Mindestens eine Einschluss-Ziffer aus der Tabelle DIALYSE_EBM
ODER
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle DIALYSE_OPS)
UND
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle DIALYSE_ICD)
UND
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
UND
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
UND
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Die Fallart ist stationär und Aufnahmegrund §301 (1. und 2. Stelle) ist 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und die Aufnahme ist im Jahr 2020 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022 ODER die Fallart ist ambulant und das Behandlungsdatum liegt im Jahr 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

```
(FALLART = 2 UND AUFNGRUND = '03' UND AUFNDATUM >= '01.01.2020' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.2021')) ODER jahreswert(EBMDATUM) EINSIN (2020)
```

Diagnose(n) der Tabelle DIALYSE_ICD¹

ICD-Kode	Titel
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung
N18.89	Sonstige chronische Nierenkrankheit, Stadium nicht näher bezeichnet
N18.9	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Z49.1	Extrakorporale Dialyse

¹ Die hier aufgeführten ICD-Kodes basieren auf der Klassifikation „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

Prozedur(en) der Tabelle DIALYSE OPS²

OPS-Kode	Titel
8-853.3	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.4	Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.6	Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.x	Hämofiltration: Sonstige
8-853.y	Hämofiltration: N.n.bez.
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.5	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.8	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000
8-854.x	Hämodialyse: Sonstige
8-854.y	Hämodialyse: N.n.bez.
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.5	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-855.6	Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-855.x	Hämodiafiltration: Sonstige
8-855.y	Hämodiafiltration: N.n.bez.
8-856	Hämoperfusion
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)
8-857.x	Peritonealdialyse: Sonstige
8-857.y	Peritonealdialyse: N.n.bez.

Gebührenordnungsposition(en) der Tabelle DIALYSE EBM³

EBM-Kode	Titel
13602	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten
13610	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß §135 Abs. 2 SGB V), je Dialysetag
13611	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD), Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach §87 Abs. 1 Satz 1 SGB V Stand 4. Quartal 2014, je Dialysetag
40815	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, je durchgeführte Dialyse
40816	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche
40817	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführte Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche
40818	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse
40819	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche
40823	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei

² Die hier aufgeführten OPS-Kodes basieren auf der Klassifikation „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

³ Die hier aufgeführten EBM-Kodes basieren auf dem im Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen“ (Stand: 8. Februar 2016) dargestellten Stand.

40823	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche
40824	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche
40825	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen (z. B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche
40826	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen als CAPD bzw. CCPD, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche
40827	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von intermittierenden Peritonealdialysen (IPD) oder Heimhämodialysen, bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche
40828	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche
40837	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40816 oder 40825 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD)
40838	Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD), je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Dialyse (DIAL)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdokumentation			
Abrechnungs- und leistungsbezogene Daten			
1	Status des Leistungserbringers	☐ 1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	Das Datenfeld "Status des Leistungserbringers" dient der Identifikation desjenigen, der den Eingriff durchführt. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen (Ausnahme: werden Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen erbracht, ist durch den ermächtigten Arzt Schlüsselwert 2 zu wählen). Hierzu zählen insbesondere Angestellte des Krankenhauses und Honorarärzte (auch Beleg Honorarärzte). Hierbei ist unerheblich, in welchem Kontext die Leistung erbracht wird (z.B. §115b ambulantes Operieren, §140 Verträge zur integrierten Versorgung, etc.). Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte erbrachte Leistungen), ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Hierbei ist unerheblich, ob die Leistung in der Praxis, im MVZ oder belegärztlich/ermächtigt im Krankenhaus erbracht wird. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung im Rahmen eines Selektivvertrages (§73c SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 3 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.
2	Art der Leistungserbringung	☐ 1 = ambulant erbrachte Leistung 4 = teilstationär erbrachte Leistung	-
Art der Versicherung			
3	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21

			KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
4	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung 00 = kein besonderer Personenkreis 04 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
Patientenidentifizierende Daten			
5	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			

Krankenhaus			
wenn Feld 1 = 1			
6	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
7	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
8	behandelnder Standort	 gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
wenn Feld 2 = 4 und wenn Feld 1 = 1			
9	Fachabteilung	 siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ			
wenn Feld 1 IN (2;3)			
10	Betriebsstättennummer ambulant		Die von der KV vergebene "Betriebsstätten-Nummer (BSNR)"

		BSNR (ambulant)	identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanz sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
wenn Feld 1 IN (2;3)			
11	lebenslange Arztnummer	□□□□□□□□ LANR	Für die persönliche Kennzeichnung seiner Leistungen hat jeder Vertragsarzt und -psychotherapeut zum 1. Juli 2008 eine "Lebenslange Arztnummer" (LANR) erhalten. Diese muss er bei jeder von ihm abgerechneten Leistung und Verordnung angeben. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Patient			
12	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□ □	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
wenn Feld 2 = 4			
13	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2019 bis zum 10.01.2019 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2019 bis zum 20.01.2019 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2019, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2019.
14	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
15	Geschlecht	□	-

		1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
16	Therapiestatus	☐ 1 = kurzzeitige Dialysebehandlung 2 = ständige Dialysebehandlung	Bitte geben Sie "kurzzeitige Dialysebehandlung" an, wenn der Patient a) in Ihrer Einrichtung eine Gast-/Feriendialyse erhalten hat oder b) akut als Notfall bei Ihnen dialysiert werden musste und regulär bei einem anderen Leistungserbringer in ständiger Dialysebehandlung ist. Bitte geben Sie "ständige Dialysebehandlung" an, wenn der Patient ständig bei Ihnen in Dialysebehandlung ist.
17	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	□□.□□.□□□□	Bitte geben Sie das Datum an, an dem die chronische Dialysetherapie wegen chronischer Niereninsuffizienz begonnen hat. Der erste Tag der Dialysetherapie wird wie folgt definiert: Eine chronische Dialysetherapie erhält ein Patient, wenn dieser mindestens 13 Wochen ohne Unterbrechung mindestens einmal pro Woche dialysiert wird. Ist dies der Fall, so ist das Datum der ersten Dialyse dieses Zeitraums (und nicht das Datum der ersten Dialyse nach 13 Wochen) anzugeben. Bei vorangegangener Nierentransplantation gelten dieselben Bedingungen wie für die Meldung an Eurotransplant: Versagt die transplantierte Niere nach mehr als 90 Tagen nach der Transplantation, dann ist das Datum der ersten Dialyse nach Transplantatversagen anzugeben. Bei 90 Tagen und weniger ist das Datum der Erstdialyse anzugeben.
wenn Feld 16 = 2			
18	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?	☐ 0 = nein 1 = ja	Dokumentationspflichtig im Sinne der externen Qualitätssicherung. Wenn der Dialysepatient bei Ihnen zukünftig nicht in ständiger Dialysebehandlung sein wird, darf dieses Feld mit „nein“ beantwortet werden.
wenn Feld 18 = 1			
19	renale Grunderkrankung	□□□□ siehe Schlüssel 2 "renale Grunderkrankung"	Bitte geben Sie hier die renale Grunderkrankung gemäß der Kodeliste "primary kidney disease" der ERA-EDTA an.
wenn Feld 18 = 0			
20	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?	☐ 0 = nein 1 = ja	Wenn Sie hier "ja" angeben, haben Sie die Möglichkeit, die bei "Neuaufnahme" des Patienten übermittelten Verlaufsdaten zu aktualisieren. Zu den Verlaufsdaten gehören Informationen zu Komorbiditäten,

			vorangegangenen Nierentransplantationen, Inhalten von Aufklärungsgesprächen, durchgeführter Evaluation für eine Nierentransplantation.
Verlaufsdaten (VD) wenn Feld 20 = 1 oder wenn Feld 18 = 1			
Verlaufsdaten			
Wahl der Nierenersatztherapie			
neu	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?	☐ ☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 150	Anhand dieses Datenfeldes kann ein Verlaufsdatensatz dem Basisbogen zugeordnet werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
21	Organisationsform der Dialysebehandlung	☐ 1 = Heimdialyse 2 = zentralisierte Heimdialyse oder Limited Care Dialyse 3 = ambulante Zentrumsdialyse 4 = teilstationäre Dialyse	Bitte geben Sie die Organisationsform an, in der der Patient dialysiert wird.
Information über Behandlungsmöglichkeiten			
neu	Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?	☐ 1 = Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie 2 = Möglichkeit einer Nierenersatztherapie 3 = Behandlungsmöglichkeiten mit und ohne Nierenersatztherapie	Bitte geben Sie an, zu welchen Behandlungsmöglichkeiten in diesem Behandlungsquartal informiert wurde oder Informationen angeboten wurden.
wenn Feld (neu) "Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?" = 1			
22	Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie	☐ 1 = Informationsgespräch durchgeführt 9 = Patient hat Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	Bitte geben Sie "Informationsgespräch durchgeführt" an, wenn Sie den Patienten über die konservativen Behandlungsmöglichkeiten ohne eine Nierenersatztherapie bei einer chronischen Niereninsuffizienz informiert haben.
wenn Feld (neu) "Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?" IN (2;3)			
23	Hämodialyse	☐ 0 = Informationsgespräch nicht angeboten/durchgeführt 1 = Informationsgespräch durchgeführt 9 = Patient hat Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	Bitte geben Sie "Informationsgespräch durchgeführt" an, wenn Sie den Patienten über die Möglichkeit der Hämodialyse zur Therapie der chronischen Niereninsuffizienz informiert haben.
24	Peritonealdialyse	☐ 0 = Informationsgespräch nicht angeboten/durchgeführt	Bitte geben Sie "Informationsgespräch durchgeführt" an, wenn Sie den Patienten über die Möglichkeit der Peritonealdialyse zur Therapie der chronischen

		1 = Informationsgespräch durchgeführt 9 = Patient hat Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	Niereninsuffizienz informiert haben.
25	Heimdialyse	☐ 0 = Informationsgespräch nicht angeboten/durchgeführt 1 = Informationsgespräch durchgeführt 9 = Patient hat Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	Bitte geben Sie "Informationsgespräch durchgeführt" an, wenn Sie den Patienten über die Möglichkeit der Heimdialyse informiert haben.
26	Nachtdialyse	☐ 0 = Informationsgespräch nicht angeboten/durchgeführt 1 = Informationsgespräch durchgeführt 9 = Patient hat Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	Bitte geben Sie "Informationsgespräch durchgeführt" an, wenn Sie den Patienten über die Möglichkeit der Nachtdialyse informiert haben.
27	Nierentransplantation	☐ 0 = Informationsgespräch nicht angeboten/durchgeführt 1 = Informationsgespräch durchgeführt 9 = Patient hat Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt	Bitte geben Sie "Informationsgespräch durchgeführt" an, wenn Sie den Patienten über die Möglichkeit der Nierentransplantation informiert haben.
wenn Feld 27 = 1			
28	Lebendorganspende	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie "ja" an, wenn Sie den Patienten über die Möglichkeit der Lebendspende zur Durchführung einer Nierentransplantation informiert haben.
Evaluation zur Nierentransplantation			
29	Evaluation zur Transplantation durchgeführt	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie "ja" an, wenn eine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. Unter Evaluation werden alle anamnestischen und diagnostischen Maßnahmen verstanden, die Informationen zur Beurteilung des Patienten liefern, ob dieser für eine Transplantation geeignet wäre.
wenn Feld 29 = 1			
30	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie "ja" an, wenn über die Aufnahme des Patienten auf die Warteliste für eine Nierentransplantation im Rahmen einer interdisziplinären Transplantationskonferenz in einem Transplantationszentrum beraten wurde.
wenn Feld 30 = 0			

31	Warum wurde der Patient nicht besprochen?	☐ 1 = Patient lehnt Transplantation ab 2 = bestehende Kontraindikation 8 = sonstige Gründe	Bitte geben Sie "bestehende Kontraindikation" an, wenn bekannt ist, dass der Patient aufgrund einer oder mehrerer Kontraindikationen nicht für eine Transplantation geeignet ist; z.B. nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, soweit sie nicht der Grund für die Transplantation sind; klinisch manifeste oder durch Immunsuppression erfahrungsgemäß sich verschlimmernde Infektionserkrankungen; schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe; vorhersehbare schwerwiegende operativtechnische Probleme oder unzureichende oder fehlende Mitarbeit des Patienten (Compliance).
wenn Feld 30 = 1			
32	Aufnahme auf die Warteliste	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte geben Sie "ja" an, wenn der Patient auf die Warteliste zur Nierentransplantation aufgenommen wurde. Bitte geben Sie "unbekannt" an, wenn Ihnen die Information zum Zeitpunkt der Datenübermittlung (noch) nicht vorliegt. Bitte aktualisieren Sie die Angabe, sobald Ihnen die Information vorliegt.
Medizinische Daten			
Komorbiditäten			
34	Komorbiditäten	☐ 0 = nein 1 = ja	Liegen Komorbiditäten vor, die die Dialysebehandlung beeinflussen können?
wenn Feld 34 = 1			
35	koronare Herzkrankheit (KHK)	☐ 0 = nein 1 = ja	-
36	Herzinsuffizienz	☐ 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	Hier ist der aktuelle Wert des NYHA-Status des Patienten anzugeben.
37	periphere arterielle Verschlusskrankheit	☐ 0 = nein 1 = ja	-
38	zerebrovaskuläre Erkrankungen	☐ z.B. TIA, Schlaganfall 0 = nein 1 = ja	-
39	essentielle (primäre) Hypertonie	☐ 0 = nein 1 = ja	-
40	Diabetes mellitus	☐	-

		0 = nein 1 = ja	
41	bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte ankreuzen bei dauerhaftem oder zeitweisem Nachweis des multiresistenten Keims im aktuellen Quartal. Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern wie z.B. Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin (MRSA), Escherichia, Klebsiella und Proteus mit Resistenz gegen Chinolone, Carbapeneme, Amikacin oder mit nachgewiesener Resistenz gegen alle Beta-Laktam-Antibiotika (ESBL-Resistenz), multiresistente gramnegative Bakterien (3MRGN, 4MRGN), Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)etc.
42	Virushepatitis	☐ 0 = nein 1 = ja	Akute oder chronische Virushepatitis
43	HIV-Infektion	☐ 0 = nein 1 = ja	-
44	Malignom	☐ 0 = nein 1 = ja	-
45	periphere Polyneuropathie (PNP)	☐ 0 = nein 1 = ja	-
46	Demenz	☐ 0 = nein 1 = ja	-
47	Depression	☐ 0 = nein 1 = ja	-
48	andere Erkrankungen	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Nierentransplantation			
49	vorangegangene Nierentransplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie "ja" an, wenn der Patient schon einmal eine Nierentransplantation erhalten hat.
wenn Feld 49 = 1			
50	Datum Nierentransplantation	□□.□□.□□□□	Bitte geben Sie das Datum der letzten Nierentransplantation an.
Dialyse (D)			
Dialyse			
63	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?	□□□ Gültige Angabe: >= 1	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige

		Angabe ohne Warnung: <= 150	Dialysen innerhalb eines Behandlungsfalls unterscheidbar. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
64	Dialyseverfahren	☐ 1 = Hämodialyse 2 = Hämodiafiltration 3 = Hämofiltration 4 = kontinuierliche Peritonealdialyse 5 = intermittierende Peritonealdialyse	Bitte geben Sie an, mit welchem Verfahren der Patient dialysiert wurde. Zu den kontinuierlichen Peritonealdialyse-Verfahren gehören z.B. CAPD (Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse), APD (Automatisierte Peritonealdialyse) und CCPD (kontinuierliche, maschinell-unterstützte Peritonealdialyse).
neu.1	Prozedurenschlüssel	☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ OPS http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2020 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2019 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2019 aufgenommen worden ist.
neu.2	Gebührenordnungsposition (GOP)	☐ ☐ ☐ ☐ Gebührenordnungsziffer gemäß EBM-Katalog http://www.kbv.de	http://www.kbv.de/html/ebm.php
65	Dialysedatum	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	Bitte geben Sie das Datum der aktuellen Dialysebehandlung an. Datum des Beginns der Dialyse bei mehrtägiger Dialyse.
wenn Feld 64 = 1			
66	Zugangsart	☐ 1 = Katheter, nicht getunnelt 2 = Katheter, getunnelt 3 = Prothesenshunt 4 = Fistel	Bitte geben Sie an, über welche Zugangsart der Patient dialysiert wurde. Hinweis zu "Prothesenshunt": das punktierte Stück besteht aus Fremdmaterial (alloplastischem Material), NICHT angeben, wenn nur andere Abschnitte im Gefäßverlauf aus alloplastischem Material bestehen.
67	effektive Dialysedauer	☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten	Für die Berechnung relevant ist nur die Zeit gleichzeitig strömenden Blutes und Dialysates durch den Dialysator (Dialysestandard 2014). Unterbrechungen ab 15 Minuten sind abzuziehen.
68	Körpergewicht nach der Dialysebehandlung	☐ ☐ ☐ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: 1 - 230 kg	Bitte geben Sie das Körpergewicht unmittelbar nach der Dialysebehandlung an.
Basis (B)			
Behandlungsdaten			
Komplikationen			
wenn Feld 16 = 2			
verschoben (51)	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)	☐	Bitte geben Sie "ja" an, wenn im Quartal mindestens eine Komplikation am Hämodialyse-

		0 = nein 1 = ja	Gefäßzugang oder am Peritonealdialysekatheter aufgetreten ist.
wenn Feld 51 = 1			
verschoben (52.1)	mechanische Komplikation	☐ 1 = ja	-
verschoben (52.2)	Infektion	☐ 1 = ja	Infektionen bzw. entzündliche Reaktionen des Dialysezugangs zusammengefasst: Eine gesicherte Zugangs-assoziierte Infektion bei Hämodialyse ist gegeben, wenn zwei der folgenden Kriterien gleichzeitig vorliegen: • lokale Entzündungszeichen im Zugangsbereich oder systemische Entzündungszeichen bei fehlendem anderweitigem Fokus, • positiver Blutkultur, • typischer Erregernachweis im Labor, • Notwendigkeit zur antibiotischen Behandlung Eine gesicherte Peritonitis bei Peritonealdialyse ist bei gleichzeitigem Vorliegen der folgenden Kriterien gegeben (nach ISPD 2010): • Leukozyten im Dialysat >100/µl • Neutrophile im Dialysat >50% • Notwendigkeit zur antibiotischen Behandlung
verschoben (52.3)	sonstige Komplikation	☐ 1 = ja	-
Referenzdialyse			
wenn Feld 16 = 2			
verschoben (53)	Datum der Referenzdialyse	□□.□□.□□□□	Bitte geben Sie das Datum der Dialyse an, die als Referenzdialyse herangezogen wird. Die Referenzdialyse entspricht der letzten Dialyse nach langem Intervall im Quartal oder vor dem Wechsel der Behandlungseinrichtung nach langem Intervall. Bei der Hämodialyse sind die Werte des gleichen Tages anzugeben; die Blutabnahme erfolgt nach dem langen Intervall. Bei der Peritonealdialyse sollen nur innerhalb von 7 Tagen erhobene Werte dokumentiert werden.
verschoben (54)	Serumalbumin	□□,□ Angabe in: g/l	Bestimmung von Serumalbumin, Hämoglobin, Ferritin, Transferrin-Sättigung und C-reaktives Protein gemeinsam anhand einer Blutprobe. In der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall.
verschoben (55)	Hämoglobin	□□,□ Angabe in: g/dl	Bestimmung von Serumalbumin, Hämoglobin, Ferritin, Transferrin-Sättigung und C-reaktives Protein gemeinsam anhand einer Blutprobe. In der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall. Hämodialyse: Messung unmittelbar vor der

			Dialysebehandlung aus dem "arteriellen" Schenkel ohne Verdünnung mit Kochsalzlösung oder Heparin (bei Kathetern 10ml Blut verwerfen). Peritonealdialyse: Messung mittels venöser Punktion.
verschoben (56)	Ferritin	□□□, □ Angabe in: ng/ml	Bestimmung von Serumalbumin, Hämoglobin, Ferritin, Transferrin-Sättigung und C-reaktives Protein gemeinsam anhand einer Blutprobe. In der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall.
verschoben (57)	Transferrin-Sättigung	□□□ Angabe in: %	Bestimmung von Serumalbumin, Hämoglobin, Ferritin, Transferrin-Sättigung und C-reaktives Protein gemeinsam anhand einer Blutprobe. In der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall.
verschoben (58)	C-reaktives Protein	□□□, □ Angabe in: mg/l	Bestimmung von Serumalbumin, Hämoglobin, Ferritin, Transferrin-Sättigung und C-reaktives Protein gemeinsam anhand einer Blutprobe. In der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall.
wenn Feld 16 = 2			
verschoben (59)	Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)	□ 0 = nein 1 = ja	In der Referenzwoche.
wenn Feld 59 = 1			
verschoben (60)	verordnete Wochendosis	□□□□□ Angabe in: I.E.	Verordnete Dosis in der Referenzwoche Numerisch in Int. Einheiten (I.E.)/Woche 1µg Darbepoetin = 200 I.E. 1µg Mircera = 229 I.E. • Bei anderen Präparaten muss spezifischer Umrechnungsfaktor bestimmt werden. • Bei monatlicher Applikation muss Umrechnung in Wochendosis erfolgen.
Unterbrechung oder Beendigung der Behandlung			
wenn Feld 16 = 2			
verschoben (61)	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall	□ (Ereignis, das zur Unterbrechung oder Beendigung der Dialysebehandlung geführt hat) 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie hier "ja" an, wenn in diesem Behandlungsfall mindestens ein wesentliches Ereignis aufgetreten ist, dass zur Unterbrechung oder Beendigung der Dialysebehandlung durch Sie geführt hat. Wesentliche Ereignisse sind dabei stationäre Krankenhausaufenthalte, Auslandsaufenthalte, kurzzeitige Dialysebehandlungen durch eine andere ambulante oder teilstationäre Dialyseeinrichtung oder ein sonstiges Ereignis, das zur Unterbrechung der Dialysebehandlung geführt hat sowie die Beendigung der Dialysebehandlung.
wenn Feld 2 = 4			
verschoben (62)	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung

			Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2019 bis zum 10.01.2019 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2019 bis zum 20.01.2019 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2019, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2019
Wesentliche Ereignisse (WE)			
Wesentliche Ereignisse			
69	Wievielt es wesentliche Ereignisse im Behandlungsfall?	☐ ☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 100	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige wesentliche Ereignisse im Behandlungsfall unterscheidbar. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
70	Art wesentliches Ereignis	☐ 1 = stationärer Krankenhausaufenthalt 2 = Auslandsaufenthalt 3 = kurzzeitige Dialysebehandlung durch eine andere ambulante Dialyseeinrichtung 4 = kurzzeitige Dialysebehandlung durch eine andere teilstationäre Dialyseeinrichtung 5 = Beendigung der Dialysebehandlung 8 = sonstiges Ereignis	1: Der Patient wurde in diesem Quartal in einem Krankenhaus vollstationär behandelt. 2: Der Patient hat sich z.B. urlaubsbedingt im Ausland aufgehalten und hat dort (vermutlich) die Dialysebehandlung weitergeführt. 5: Die Dialysebehandlung wurde beendet und der Patient wird nicht länger durch Sie dialysiert.
wenn Feld 70 IN (1;2)			
71	Beginn wesentliches Ereignis	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Bitte das Aufnahmedatum / erster Tag des Auslandsaufenthaltes eintragen. Ist Ihnen das Datum nicht bekannt, geben Sie bitte den Folgetag der letzten von Ihnen durchgeführten Dialyse an.
72	Ende wesentliches Ereignis	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Bitte das Entlassungsdatum / letzter Tag des Auslandsaufenthaltes eintragen. Ist Ihnen das Datum nicht bekannt, geben Sie bitte den Vortag der ersten nach Abwesenheit wieder bei Ihnen durchgeführten Dialyse an.
wenn Feld 70 = 5			

73	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung	☐ 1 = Patient verstorben 2 = Nierentransplantation 3 = Patientenwunsch 4 = dauerhafter Wechsel zu anderer Dialyseeinrichtung 9 = unbekannt	-
wenn Feld 70 = 5			
74	Datum der Beendigung	□□.□□.□□□□	-
wenn Feld 73 = 1			
75	Todesursache	□□□□ siehe Schlüssel 3 "Todesursache" ERA-EDTA cause of death Code	Bitte geben Sie hier die Todesursache gemäß der Kodeliste "cause of death" der ERA-EDTA an.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 0190 = Innere Medizin 0191 = Innere Medizin 0192 = Innere Medizin 0200 = Geriatrie 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0290 = Geriatrie 0291 = Geriatrie 0292 = Geriatrie 0300 = Kardiologie 0390 = Kardiologie 0391 = Kardiologie 0392 = Kardiologie 0400 = Nephrologie 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin 0490 = Nephrologie 0491 = Nephrologie 0492 = Nephrologie 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
----------------------------------	--

0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie

1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie

2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin
3692 = Intensivmedizin
3700 = sonstige Fachabteilung
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie

	3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung 3791 = Sonstige Fachabteilung 3792 = Sonstige Fachabteilung
Schlüssel 2 "renale Grunderkrankung"	1003 = Adult nephrotic syndrome - no histology 1019 = Nephrotic syndrome of childhood - steroid sensitive - no histology 1026 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - no histology 1035 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - Finnish type - no histology 1042 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - Finnish type - histologically proven 1057 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - diffuse mesangial sclerosis 1061 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) 1074 = Denys-Drash syndrome 1088 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - congenital infection 1090 = Minimal change nephropathy - no histology 1100 = Minimal change nephropathy - histologically proven 1116 = IgA nephropathy - no histology 1128 = IgA nephropathy - histologically proven 1137 = Familial IgA nephropathy - no histology 1144 = Familial IgA nephropathy - histologically proven 1159 = IgA nephropathy secondary to liver cirrhosis - no histology 1163 = IgA nephropathy secondary to liver cirrhosis - histologically proven 1171 = IgM - associated nephropathy 1185 = Membranous nephropathy - idiopathic 1192 = Membranous nephropathy - malignancy associated 1205 = Membranous nephropathy - drug induced 1214 = Membranous nephropathy - infection associated 1222 = Mesangiocapillary glomerulonephritis type 1 1233 = Mesangiocapillary glomerulonephritis type 2 (dense deposit disease) 1246 = Mesangiocapillary glomerulonephritis type 3 1251 = Idiopathic rapidly progressive (crescentic) glomerulonephritis 1267 = Primary focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) 1279 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal recessive - no histology 1280 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal recessive - histologically proven 1298 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal dominant - no histology 1308 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal dominant - histologically proven 1312 = Focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) secondary to obesity - no histology 1320 = Focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) secondary to obesity - histologically proven 1331 = Diffuse endocapillary glomerulonephritis 1349 = Mesangial proliferative glomerulonephritis 1354 = Focal and segmental proliferative glomerulonephritis 1365 = Glomerulonephritis - secondary to other systemic disease 1377 = Glomerulonephritis - histologically indeterminate 1383 = Systemic vasculitis - ANCA negative - histologically proven 1396 = Systemic vasculitis - ANCA positive - no histology 1401 = Granulomatosis with polyangiitis - no histology 1417 = Granulomatosis with polyangiitis - histologically proven 1429 = Microscopic polyangiitis - histologically proven 1438 = Churg-Strauss syndrome - no histology 1440 = Churg-Strauss syndrome - histologically proven 1455 = Polyarteritis nodosa 1464 = Anti-Glomerular basement membrane (GBM) disease / Goodpasture's syndrome - no histology 1472 = Anti-Glomerular basement membrane (GBM) disease / Goodpasture's syndrome - histologically proven 1486 = Systemic lupus erythematosus / nephritis - no histology 1493 = Systemic lupus erythematosus / nephritis - histologically proven 1504 = Henoch-Schönlein purpura / nephritis - no histology 1515 = Henoch-Schönlein purpura / nephritis - histologically proven

	1527 = Renal scleroderma / systemic sclerosis - no histology 1536 = Renal scleroderma / systemic sclerosis - histologically proven 1543 = Essential mixed cryoglobulinaemia - no histology 1558 = Essential mixed cryoglobulinaemia - histologically proven 1562 = Cryoglobulinaemia secondary to hepatitis C - no histology 1570 = Cryoglobulinaemia secondary to hepatitis C - histologically proven 1589 = Cryoglobulinaemia secondary to systemic disease - no histology 1591 = Cryoglobulinaemia secondary to systemic disease - histologically proven 1602 = Primary reflux nephropathy - sporadic 1618 = Familial reflux nephropathy 1625 = Congenital dysplasia / hypoplasia 1639 = Multicystic dysplastic kidneys 1641 = Dysplasia due to fetal ACE-inhibitor exposure 1656 = Glomerulocystic disease 1660 = Congenital pelvi-ureteric junction obstruction 1673 = Congenital vesico-ureteric junction obstruction 1687 = Posterior urethral valves 1694 = Syndrome of agenesis of abdominal muscles - prune belly syndrome 1706 = Congenital neurogenic bladder 1710 = Bladder exstrophy 1723 = Megacystis-megaureter 1734 = Oligomeganephronia 1747 = Renal papillary necrosis - cause unknown 1752 = Acquired obstructive uropathy / nephropathy 1768 = Acquired obstructive nephropathy due to neurogenic bladder 1775 = Obstructive nephropathy due to prostatic hypertrophy 1781 = Obstructive nephropathy due to prostate cancer 1799 = Obstructive nephropathy due to bladder cancer 1809 = Obstructive nephropathy due to other malignancies 1813 = Idiopathic retroperitoneal fibrosis 1821 = Retroperitoneal fibrosis secondary to malignancies 1832 = Calculus nephropathy / urolithiasis 1845 = Calcium oxalate urolithiasis 1850 = Enteric hyperoxaluria 1866 = Magnesium ammonium phosphate (struvite) urolithiasis 1878 = Uric acid urolithiasis 1884 = Tubulointerstitial nephritis - no histology 1897 = Tubulointerstitial nephritis - histologically proven 1907 = Familial interstitial nephropathy - no histology 1911 = Familial interstitial nephropathy - histologically proven 1924 = Tubulointerstitial nephritis associated with autoimmune disease - no histology 1930 = Tubulointerstitial nephritis associated with autoimmune disease - histologically proven 1948 = Tubulointerstitial nephritis with uveitis (TINU) - no histology 1953 = Tubulointerstitial nephritis with uveitis (TINU) - histologically proven 1969 = Renal sarcoidosis - no histology 1976 = Renal sarcoidosis - histologically proven 1982 = Aristolochic acid nephropathy (Balkan / Chinese herb / endemic nephropathy) - no histology 1995 = Aristolochic acid nephropathy (Balkan / Chinese herb / endemic nephropathy) - histologically proven 2005 = Drug-induced tubulointerstitial nephritis - no histology 2014 = Drug-induced tubulointerstitial nephritis - histologically proven 2022 = Nephropathy due to analgesic drugs - no histology 2033 = Nephropathy due to analgesic drugs - histologically proven 2046 = Nephropathy due to ciclosporin - no histology 2051 = Nephropathy due to ciclosporin - histologically proven 2067 = Nephropathy due to tacrolimus - no histology 2079 = Nephropathy due to tacrolimus - histologically proven 2080 = Nephropathy due to aminoglycosides - no histology 2098 = Nephropathy due to aminoglycosides - histologically proven 2108 = Nephropathy due to amphotericin - no histology 2112 = Nephropathy due to amphotericin - histologically proven 2120 = Nephropathy due to cisplatin - no histology 2131 = Nephropathy due to cisplatin - histologically proven 2149 = Nephropathy due to lithium - no histology 2154 = Nephropathy due to lithium - histologically proven 2165 = Lead induced nephropathy - no histology 2177 = Lead induced nephropathy - histologically proven
--	--

	2183 = Acute urate nephropathy - no histology 2196 = Acute urate nephropathy - histologically proven 2203 = Chronic urate nephropathy - histologically proven 2219 = Radiation nephritis 2226 = Renal / perinephric abscess 2235 = Renal tuberculosis 2242 = Leptospirosis 2257 = Hantavirus nephropathy 2261 = Xanthogranulomatous pyelonephritis 2274 = Nephropathy related to HIV - no histology 2288 = Nephropathy related to HIV - histologically proven 2290 = Schistosomiasis 2300 = Other specific infection 2316 = Diabetic nephropathy in type I diabetes - no histology 2328 = Diabetic nephropathy in type I diabetes - histologically proven 2337 = Diabetic nephropathy in type II diabetes - no histology 2344 = Diabetic nephropathy in type II diabetes - histologically proven 2359 = Chronic hypertensive nephropathy - no histology 2363 = Chronic hypertensive nephropathy - histologically proven 2371 = Malignant hypertensive nephropathy / accelerated hypertensive nephropathy - no histology 2385 = Malignant hypertensive nephropathy / accelerated hypertensive nephropathy - histologically proven 2392 = Ageing kidney - no histology 2407 = Ischaemic nephropathy - no histology 2411 = Ischaemic nephropathy / microvascular disease - histologically proven 2424 = Renal artery stenosis 2430 = Atheroembolic renal disease - no histology 2448 = Atheroembolic renal disease - histologically proven 2453 = Fibromuscular dysplasia of renal artery 2469 = Renal arterial thrombosis / occlusion 2476 = Renal vein thrombosis 2482 = Cardiorenal syndrome 2495 = Hepatorenal syndrome 2509 = Renal amyloidosis 2513 = AA amyloid secondary to chronic inflammation 2521 = AL amyloid secondary to plasma cell dyscrasia 2532 = Familial amyloid secondary to protein mutations - no histology 2545 = Familial amyloid secondary to protein mutations - histologically proven 2550 = Familial AA amyloid secondary to familial Mediterranean fever / TRAPS (Hibernian fever) - no histology 2566 = Familial AA amyloid secondary to familial Mediterranean fever / TRAPS (Hibernian fever) - histologically proven 2578 = Myeloma kidney - no histology 2584 = Myeloma cast nephropathy - histologically proven 2597 = Light chain deposition disease 2606 = Immunotactoid / fibrillary nephropathy 2610 = Haemolytic uraemic syndrome (HUS) - diarrhoea associated 2623 = Atypical haemolytic uraemic syndrome (HUS) - diarrhoea negative 2634 = Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) 2647 = Haemolytic uraemic syndrome (HUS) secondary to systemic disease 2652 = Congenital haemolytic uraemic syndrome (HUS) 2668 = Familial haemolytic uraemic syndrome (HUS) 2675 = Familial thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) 2681 = Nephropathy due to pre-eclampsia / eclampsia 2699 = Sickle cell nephropathy - no histology 2702 = Sickle cell nephropathy - histologically proven 2718 = Autosomal dominant (AD) polycystic kidney disease 2725 = Autosomal dominant (AD) polycystic kidney disease type I 2739 = Autosomal dominant (AD) polycystic kidney disease type II 2741 = Autosomal recessive (AR) polycystic kidney disease 2756 = Alport syndrome - no histology 2760 = Alport syndrome - histologically proven 2773 = Benign familial haematuria 2787 = Thin basement membrane disease 2794 = Cystic kidney disease 2804 = Medullary cystic kidney disease type I 2815 = Medullary cystic kidney disease type II 2827 = Uromodulin-associated nephropathy (familial juvenile hyperuricaemic nephropathy)
--	---

	2836 = Nephronophthisis 2843 = Nephronophthisis - type 1 (juvenile type) 2858 = Nephronophthisis - type 2 (infantile type) 2862 = Nephronophthisis - type 3 (adolescent type) 2870 = Nephronophthisis - type 4 (juvenile type) 2889 = Nephronophthisis - type 5 2891 = Nephronophthisis - type 6 2901 = Primary Fanconi syndrome 2917 = Tubular disorder as part of inherited metabolic diseases 2929 = Dent disease 2938 = Lowe syndrome (oculocerebrorenal syndrome) 2940 = Inherited aminoaciduria 2955 = Cystinuria 2964 = Cystinosis 2972 = Inherited renal glycosuria 2986 = Hypophosphataemic rickets X-linked (XL) 2993 = Hypophosphataemic rickets autosomal recessive (AR) 3000 = Primary renal tubular acidosis (RTA) 3016 = Proximal renal tubular acidosis (RTA) - type II 3028 = Distal renal tubular acidosis (RTA) - type I 3037 = Distal renal tubular acidosis with sensorineural deafness - gene mutations 3044 = Nephrogenic diabetes insipidus 3059 = Lesch Nyhan syndrome - hypoxanthine guanine phosphoribosyl transferase deficiency 3063 = Phosphoribosyl pyrophosphate synthetase (PRPPS) superactivity 3071 = Alagille syndrome 3085 = Bartter syndrome 3092 = Gitelman syndrome 3102 = Liddle syndrome 3118 = Apparent mineralocorticoid excess 3125 = Glucocorticoid suppressible hyperaldosteronism 3139 = Inherited / genetic diabetes mellitus type II 3141 = Pseudohypoaldosteronism type 1 3156 = Pseudohypoaldosteronism type 2 (Gordon syndrome) 3160 = Familial hypocalciuric hypercalcaemia 3173 = Familial hypercalciuric hypocalcaemia 3187 = Familial hypomagnesaemia 3194 = Primary hyperoxaluria 3207 = Primary hyperoxaluria type I 3211 = Primary hyperoxaluria type II 3224 = Fabry disease - no histology 3230 = Fabry disease - histologically proven 3248 = Xanthinuria 3253 = Nail-patella syndrome 3269 = Rubinstein-Taybi syndrome 3276 = Tuberous sclerosis 3282 = Von Hippel-Lindau disease 3295 = Medullary sponge kidneys 3305 = Horse-shoe kidney 3314 = Frasier syndrome 3322 = Branchio-oto-renal syndrome 3333 = Williams syndrome 3346 = Townes-Brocks syndrome 3351 = Lawrence-Moon-Biedl / Bardet-Biedl syndrome 3367 = Mitochondrial cytopathy 3379 = Familial nephropathy 3380 = Acute kidney injury 3398 = Acute kidney injury due to hypovolaemia 3403 = Acute kidney injury due to circulatory failure 3419 = Acute kidney injury due to sepsis 3426 = Acute kidney injury due to rhabdomyolysis 3435 = Acute kidney injury due to nephrotoxicity 3442 = Acute cortical necrosis 3457 = Acute pyelonephritis 3461 = Kidney tumour 3474 = Renal cell carcinoma - histologically proven 3488 = Transitional cell carcinoma - histologically proven 3490 = Wilms tumour - histologically proven 3501 = Mesoblastic nephroma - histologically proven 3517 = Single kidney identified in adulthood
--	---

	3529 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) caused by tumour nephrectomy 3538 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) due to traumatic loss of kidney 3540 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) due to donor nephrectomy 3555 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) - aetiology uncertain / unknown - no histology 3564 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) - aetiology uncertain / unknown - histologically proven 3572 = Haematuria and proteinuria - no histology 3604 = Nephrotic syndrome of childhood - steroid resistant - no histology 3615 = Nephrotic syndrome of childhood - no trial of steroids - no histology 3627 = Renal cysts and diabetes syndrome 3636 = Chronic urate nephropathy - no histology 3643 = Chronic renal failure due to systemic infection 3658 = Renal coloboma syndrome 3662 = Hypercalcaemic nephropathy 3670 = Retroperitoneal fibrosis secondary to peri-aortitis 3689 = Retroperitoneal fibrosis secondary to drugs 3691 = Renal failure 3708 = Chronic renal failure 3712 = Isolated haematuria - no histology 3720 = Isolated proteinuria - no histology 3731 = Primary hyperoxaluria type III 3749 = Glomerulonephritis - no histology
Schlüssel 3 "Todesursache"	000 = Cause of death uncertain / not determined 011 = Myocardial ischaemia and infarction 012 = Hyperkalaemia 013 = Haemorrhagic pericarditis 014 = Other causes of cardiac failure 015 = Cardiac arrest / sudden death; other cause or unknown 016 = Hypertensive cardiac failure 017 = Hypokalaemia 018 = Fluid overload / pulmonary oedema 021 = Pulmonary embolus 022 = Cerebro-vascular accident, other cause or unspecified 023 = Gastro-intestinal haemorrhage 024 = Haemorrhage from graft site 025 = Haemorrhage from vascular access or dialysis circuit 026 = Haemorrhage from ruptured vascular aneurysm (not code 22 or 23) 027 = Haemorrhage from surgery (not code 23, 24 or 26) 028 = Other haemorrhage (not codes 23-27) 029 = Mesenteric infarction 031 = Pulmonary infection (bacterial - not code 73) 032 = Pulmonary infection (viral) 033 = Pulmonary infection (fungal or protozoal; parasitic) 034 = Infections elsewhere except virus hepatitis 035 = Septicaemia 036 = Tuberculosis (lung) 037 = Tuberculosis (elsewhere) 038 = Generalized viral infection 039 = Peritonitis (all causes except for Peritoneal Dialysis) 041 = Liver disease due to hepatitis B virus 042 = Liver disease due to other viral hepatitis 043 = Liver disease due to drug toxicity 044 = Cirrhosis - not viral 045 = Cystic liver disease 046 = Liver failure - cause unknown 051 = Patient refused further treatment for ESRF 052 = Suicide 053 = ESRF treatment ceased for any other reason 054 = ESRF treatment withdrawn for medical reasons 061 = Uremia caused by graft failure 062 = Pancreatitis 063 = Bone marrow depression 064 = Cachexia 066 = Malignant disease, possibly induced by immunosuppressive therapy 067 = Malignant disease: solid tumors except those of 66 068 = Malignant disease: lymphoproliferative disorders except those of 66

	069 = Dementia 070 = Peritonitis (sclerosing, with peritoneal dialysis) 071 = Perforation of peptic ulcer 072 = Perforation of colon 073 = Chronic obstructive airways disease 081 = Accident related to ESRF treatment (not code 25) 082 = Accident unrelated to ESRF treatment 099 = Other identified cause of death 100 = Peritonitis (bacterial, with peritoneal dialysis) 101 = Peritonitis (fungal, with peritoneal dialysis) 102 = Peritonitis (due to other cause, with peritoneal dialysis)
--	---

PNTX Anwenderinformation

Textdefinition

Alle Nieren-, Pankreas oder kombinierten Pankreas- und Nierentransplantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN PNTX_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle PNTX_OPS

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021')

Prozedur(en) der Tabelle PNTX_OPS¹

OPS-Kode	Titel
5-528.1	Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes
5-528.2	Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)
5-528.4	Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthaltes
5-528.5	Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.0	Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender
5-555.10	Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere: Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung
5-555.11	Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere: Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-555.2	Nierentransplantation: Syngen
5-555.5	Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat
5-555.6	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.70	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes: Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung
5-555.71	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes: Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-555.8	Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.x	Nierentransplantation: Sonstige
5-555.y	Nierentransplantation: N.n.bez.

¹ Die hier aufgeführten OPS-Kodes basieren auf der Klassifikation „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Art der Versicherung			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung 00 = kein besonderer Personenkreis 04 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient)

			handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
verschoben (9)	ET-Nummer	□□□□□□□□ ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer aus ENIS
wenn nicht GKV-versichert			
neu	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
4	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
6	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im

			Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
7	Fachabteilung	 siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Empfängerdaten			
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten		Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
10	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein "ja" anzukreuzen. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.
11	Aufnahmedatum Krankenhaus		-
12	Geburtsdatum		-
13	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
14	Körpergröße	 Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 1 cm Angabe ohne Warnung: 1 - 299 cm	Bitte geben Sie die Körpergröße des Patienten in Zentimetern an. Bei beiderseits Beinamputierten: Angabe der tatsächlichen Körpergröße.

Anlage 1 zum Beschluss

15	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	-
16	renale Grunderkrankung	□□□□ siehe Schlüssel 2 "renale Grunderkrankung"	Bitte geben Sie hier die renale Grunderkrankung gemäß der Kodeliste "primary kidney disease" der ERA-EDTA an.
neu	Diabetes mellitus	□ 0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt	Dieses Feld ist nur auszufüllen bei isolierter Nierentransplantation oder einer Nierentransplantation mit anderen Organen als dem Pankreas Diabetes mellitus: Zuckerkrankheit ist definiert nach den 2004 ADA Recommendations(1) als wiederholter Nachweis von: - Plasma-Glukose-Konzentrationen >= 200 mg/dl (>= 11,1 mmol/l) bei Gelegenheit gemessen mit klassischen Symptomen (Polyurie, Polydypsie, unerklärlicher Gewichtsverlust). oder - Nüchtern-Plasma-Glucose-Konzentration >= 126 mg/dl (>= 7,0 mmol/l) nach mindesten 8 Stunden ohne Kalorienzufuhr. (1)2004 American Diabetes Association Clinical Practice Recommendations http://care.diabetesjournals.org/content/27/suppl_1
neu	Dauer des Diabetes	□□□ Angabe in: Jahre Gültige Angabe: >= 0 Jahre	Dieses Feld ist zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten eine Pankreastransplantation durchgeführt wird (SPK, PAK, PA). Für Patienten mit einer isolierten Nierentransplantation oder einer Nierentransplantation mit anderen Organen kann dieses Feld ebenfalls ausgefüllt werden.
17	Dialysetherapie	□ 0 = nein 1 = ja	Bitte nur dann "ja" angeben, wenn der Patient bis zum Zeitpunkt der Transplantation dauerhaft dialysepflichtig war.
wenn Feld 17 = 1			
18	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	□□.□□.□□□□	"Bitte geben Sie das Datum an, an dem die chronische Dialysetherapie wegen chronischer Niereninsuffizienz begonnen hat. Der erste Tag der Dialysetherapie wird wie folgt definiert: Eine chronische Dialysetherapie erhält ein Patient, wenn dieser mindestens 13 Wochen ohne Unterbrechung mindestens einmal pro Woche dialysiert wird. Ist dies der Fall, so ist das Datum der ersten Dialyse dieses Zeitraums (und nicht das Datum der ersten Dialyse nach

			13 Wochen) anzugeben. Bei vorangegangener Nierentransplantation gelten dieselben Bedingungen wie für die Meldung an Eurotransplant: Versagt die transplantierte Niere nach mehr als 90 Tagen nach der Transplantation, dann ist das Datum der ersten Dialyse nach Transplantatversagen anzugeben.“
19	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status	☐ 1 = HU (High Urgency) 2 = ACO (Approved Combined Organ) 3 = T (Transplantable) 4 = SU (Special Urgency)	
20	Blutgruppe des Empfängers	☐ 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	Hier bitte die Blutgruppe anhand des ABO-Systems angeben.
Transplantation (T)			
Transplantation			
21	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
22	durchgeführte Transplantation	☐ 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = Isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	Gleichzeitige Transplantationen von Niere und Pankreas sind immer mit Schlüssel "2" zu dokumentieren, auch wenn simultan weitere Organe transplantiert werden.
wenn Feld 22 = 1			
neu	Einzel- oder Doppeltransplantation	☐ 1 = isolierte Nierentransplantation (1 Organ) 2 = isolierte Nierentransplantation (2 Organe)	
23	Retransplantation Niere	☐ 0 = nein 1 = ja	Wenn der Patient vor dieser Transplantation bereits eine Nierentransplantation erhalten hat, ist dieses Feld mit "ja" zu beantworten.
wenn Feld 23 = 1			

24	Wieviele Nierentransplantation?	☐ Angabe ohne Warnung: 1 - 2	Anzugeben ist die Anzahl der bisher durchgeführten Nierentransplantationen einschließlich des aktuellen Eingriffs.
25	Datum der letzten Nierentransplantation	□□.□□.□□□□	-
Spenderdaten			
26	Spendertyp	☐ 1 = hirntot 2 = lebend	-
28	Spenderalter	□□□ Angabe in: Jahre Gültige Angabe: 0 - 200 Jahre Angabe ohne Warnung: <= 130 Jahre	Alter in Jahren zum Zeitpunkt der Transplantation
29	Geschlecht des Spenders	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = unbestimmt	-
30	Blutgruppe des Spenders	☐ 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	Hier bitte die Blutgruppe anhand des ABO-Systems angeben.
wenn Feld 22 IN (1;2;5)			
31.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	□□,□ Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in mg/dl vor Nierenlebendspende oder postmortalen Spende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
31.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	□□□□ Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in µmol/l vor Nierenlebendspende oder postmortalen Spende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
wenn Feld 26 = 1			
neu	Todesursache	□□□ Spender siehe Schlüssel 2 "Todesursache"	
Operation			
32	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
33	Operation	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2019 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 gültigen OPS-

		6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□ 8.□-□□□.□□ 9.□-□□□.□□ 10.□-□□□.□□ OPS http://www.dimdi.de	Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 aufgenommen worden ist.
34	Abbruch der Transplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 34 = 0			
35	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation	☐ 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	Bitte "gut" angeben, wenn bei der makroskopischen Betrachtung ein unauffälliges Transplantat und eine gute Reperfusion des Transplantates vorliegt. Bitte "mittel" angeben, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: • atherosklerotische Veränderungen • mäßige Reperfusion des Transplantates Bitte "schlecht" angeben, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: • ausgeprägte atherosklerotische Veränderungen • anatomische Auffälligkeiten des Transplantates • schlechte Reperfusion des Transplantates
wenn Feld 22 IN (1;2;5)			
36	kalte Ischämiezeit Niere	□□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 30 - 1440 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 600 Minuten	Die "kalte Ischämiezeit" ist definiert als Zeitspanne zwischen der Perfusion des Spenderorgans mit einer hypothermen Lösung nach intraoperativer Trennung von der Blutzufuhr und dem Stopp der Organkühlung bei der Implantation.
wenn Feld 22 IN (2;3;4;6)			
36	kalte Ischämiezeit Pankreas	□□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 30 - 720 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 600 Minuten	Die "kalte Ischämiezeit" ist definiert als Zeitspanne zwischen der Perfusion des Spenderorgans mit einer hypothermen Lösung nach intraoperativer Trennung von der Blutzufuhr und dem Stopp der Organkühlung bei der Implantation.
Postoperativer Verlauf			
wenn Feld 34 = 0			
37	funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung	☐ 0 = nein 1 = ja	Funktionsfähigkeit des Transplantats zum Zeitpunkt der Entlassung. Bei einer Doppelnierentransplantation ist nur dann „nein“ anzugeben, wenn es bei beiden Nierentransplantaten zu keiner Funktionsfähigkeit des Transplantats zum Zeitpunkt der Entlassung kommt. Wenn ein Transplantatverlust bzw. -versagen erfolgte, ist trotzdem eine Follow-up-Erhebung notwendig. Diese bezieht sich jedoch nur auf den Überlebensstatus.

wenn Feld 37 = 0			
38	postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier ist "nein" zu dokumentieren, wenn es nach der Operation zu keiner Funktionsaufnahme des Transplantats gekommen ist (z. B. primäre Nichtfunktion oder bei Abbruch der Transplantation). Im Falle eines sekundären Transplantatversagens (z. B. bei Abstoßung oder späterer Explantation wegen Komplikationen) ist "ja" anzugeben. Bei einer Doppelnierentransplantation ist nur dann „nein“ anzugeben, wenn es für beide Nierentransplantate zu keiner Funktionsaufnahme kommt.
wenn Feld 37 = 1 oder wenn Feld 38 = 1			
39	Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme	☐ ☐	Es sind alle Dialysen während des stationären Aufenthalts zu dokumentieren, die nach der Transplantation bis zum Zeitpunkt der Entlassung erfolgten. Wird keine intermittierende Dialyse durchgeführt, ist „0“ anzugeben.
neu	Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme	☐ ☐ ☐ Stunden	Bei mehreren kontinuierlichen Dialysen ist die Stundenzahl zu addieren. Wird keine kontinuierliche Dialyse durchgeführt, ist „0“ anzugeben.
wenn Feld 34 = 0			
neu	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	☐ 0 = nein 1 = Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) 2 = Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung) 3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 5 = Grad V (Tod)	<u>Clavien-Dindo-Klassifikation:</u> Grad I = Jede Abweichung vom normalen postoperativen Verlauf ohne Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung oder chirurgischer, radiologischer, endoskopischer Intervention. Erlaubte Behandlungsoptionen: Medikamente wie: Antipyretika, Analgetika, Diuretika, Elektrolyte; Physiotherapie; in diese Gruppe fallen ebenfalls Wundinfektionen, die am Patientenbett eröffnet werden. Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen Grad V = Tod des Patienten

			Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf. Die detaillierte Klassifikation wurde von Dindo et. al 2004 in Annals of Surgery publiziert: Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications: A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. Annals of Surgery. 2004;240(2):205-213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
wenn Feld "Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation" IN (1;2;3;4;5)			
41.1	Blutung	☐ 1 = ja	Gemeint ist jede Blutung, die eine Transfusion mit mehr als 1 Blutkonserve erfordert und jede Blutung, die eine operative Revision erfordert.
41.2	Reoperation erforderlich	☐ 1 = ja	Gemeint sind alle unvorhergesehenen Folgeeingriffe aufgrund Komplikationen des Primäreingriffs. Zu dokumentieren sind z.B. alle Re-Operationen aufgrund von Gefäß- oder Ureterkomplikation, tiefer Infektion oder Platzbauch.
41.3	sonstige schwere Komplikation	☐ 1 = ja	Gemeint sind sonstige schwerwiegende Komplikationen, die potenziell zum Tode führen, z.B. Myokardinfarkt, Lungenembolie, zerebrale Ischämie, Sepsis.
wenn Feld 22 IN (2;3;4;6)			
neu	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich	☐ 0 = nein 1 = ja	Wenn ein Transplantatverlust erfolgte, ist trotzdem eine Follow-up-Erhebung notwendig. Diese bezieht sich jedoch nur auf den Überlebensstatus.
wenn Feld "Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich" = 1			
neu	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats	☐ 1 = arterielle Thrombose 2 = venöse Thrombose 3 = Blutung 4 = Peritonitis/Abzess 5 = Nahtinsuffizienz 6 = Pankreatitis 7 = Rejektion 9 = andere	
wenn Feld 34 = 0			
42	behandlungsbedürftige Abstoßung	☐ 0 = nein 1 = ja, Niere 2 = ja, Pankreas 3 = ja, Niere und Pankreas	Sind während des stationären Aufenthalts behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktionen aufgetreten? Bitte "ja" dokumentieren, wenn eine Abstoßung histologisch nachgewiesen wurde oder wenn - auch bei fehlendem/negativen Biopsieergebnis - wie bei einer Abstoßung behandelt wurde.
wenn Feld 42 IN (1, 2, 3)			
43	Abstoßung durch Biopsie gesichert	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte mit "ja" dokumentieren, wenn die Abstoßung durch eine Biopsie histologisch nachgewiesen wurde.

Basis (B)			
Entlassung Empfänger			
neu.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	, letzter vorliegender Wert vor Entlassung Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: $\geq 0,1$ mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Nur bei durchgeführter Nierentransplantation zu dokumentieren, wenn der Patient bei Entlassung nicht dialysepflichtig ist. Zu dokumentieren ist der zuletzt vorliegende Wert vor Entlassung.
neu.2	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$	 letzter vorliegender Wert vor Entlassung Angabe in: $\mu\text{mol/l}$ Gültige Angabe: ≥ 1 $\mu\text{mol/l}$ Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 $\mu\text{mol/l}$	Nur bei durchgeführter Nierentransplantation zu dokumentieren, wenn der Patient bei Entlassung nicht dialysepflichtig ist. Zu dokumentieren ist der zuletzt vorliegende Wert vor Entlassung.
neu	Patient bei Entlassung insulinfrei?	☐ 0 = nein 1 = ja	Nur bei durchgeführter Pankreastransplantation zu dokumentieren. Wenn ein Transplantatversagen erfolgte, ist trotzdem eine Follow-up-Erhebung notwendig. Diese bezieht sich jedoch nur auf den Überlebensstatus.
44	Entlassungsdatum Krankenhaus	. .	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2018 bis zum 10.01.2018 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 bis zum 20.01.2018 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018
45	Entlassungsdiagnose(n)	1. . 2. . 3. . 4. . 5. . 6. . 7. . 8. . 9. . 10. 30. .	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2019 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z. B. noch nach dem im Jahre 2018 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 aufgenommen

		ICD-10-GM http://www.dimdi.de	worden ist.
46	Entlassungsgrund	☐ ☐ siehe Schlüssel 3 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 46 = '07'			
47	Todesursache	☐ ☐ ☐ ☐ siehe Schlüssel 4 "Todesursache" ERA-EDTA cause of death Code	Bitte geben Sie hier die Todesursache gemäß der Kodeliste "cause of death" der ERA-EDTA an.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 0190 = Innere Medizin 0191 = Innere Medizin 0192 = Innere Medizin 0200 = Geriatrie 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0290 = Geriatrie 0291 = Geriatrie 0292 = Geriatrie 0300 = Kardiologie 0390 = Kardiologie 0391 = Kardiologie 0392 = Kardiologie 0400 = Nephrologie 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin 0490 = Nephrologie 0491 = Nephrologie 0492 = Nephrologie 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie 0600 = Endokrinologie 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0690 = Endokrinologie
----------------------------------	--

	0691 = Endokrinologie
	0692 = Endokrinologie
	0700 = Gastroenterologie
	0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
	0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0790 = Gastroenterologie
	0791 = Gastroenterologie
	0792 = Gastroenterologie
	0800 = Pneumologie
	0890 = Pneumologie
	0891 = Pneumologie
	0892 = Pneumologie
	0900 = Rheumatologie
	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0990 = Rheumatologie
	0991 = Rheumatologie
	0992 = Rheumatologie
	1000 = Pädiatrie
	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
	1051 = Langzeitbereich Kinder
	1090 = Pädiatrie
	1091 = Pädiatrie
	1092 = Pädiatrie
	1100 = Kinderkardiologie
	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
	1190 = Kinderkardiologie
	1191 = Kinderkardiologie
	1192 = Kinderkardiologie
	1200 = Neonatologie
	1290 = Neonatologie
	1291 = Neonatologie
	1292 = Neonatologie
	1300 = Kinderchirurgie
	1390 = Kinderchirurgie
	1391 = Kinderchirurgie
	1392 = Kinderchirurgie
	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
	1500 = Allgemeine Chirurgie
	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
	1590 = Allgemeine Chirurgie
	1591 = Allgemeine Chirurgie
	1592 = Allgemeine Chirurgie
	1600 = Unfallchirurgie
	1690 = Unfallchirurgie
	1691 = Unfallchirurgie
	1692 = Unfallchirurgie
	1700 = Neurochirurgie

	1790 = Neurochirurgie 1791 = Neurochirurgie 1792 = Neurochirurgie 1800 = Gefäßchirurgie 1890 = Gefäßchirurgie 1891 = Gefäßchirurgie 1892 = Gefäßchirurgie 1900 = Plastische Chirurgie 1990 = Plastische Chirurgie 1991 = Plastische Chirurgie 1992 = Plastische Chirurgie 2000 = Thoraxchirurgie 2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie 2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin 2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin 2090 = Thoraxchirurgie 2091 = Thoraxchirurgie 2092 = Thoraxchirurgie 2100 = Herzchirurgie 2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie 2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie 2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin 2190 = Herzchirurgie 2191 = Herzchirurgie 2192 = Herzchirurgie 2200 = Urologie 2290 = Urologie 2291 = Urologie 2292 = Urologie 2300 = Orthopädie 2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie 2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie 2390 = Orthopädie 2391 = Orthopädie 2392 = Orthopädie 2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie 2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie 2425 = Frauenheilkunde 2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2500 = Geburtshilfe 2590 = Geburtshilfe 2591 = Geburtshilfe 2592 = Geburtshilfe 2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2700 = Augenheilkunde 2790 = Augenheilkunde 2791 = Augenheilkunde 2792 = Augenheilkunde 2800 = Neurologie 2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 2890 = Neurologie 2891 = Neurologie 2892 = Neurologie 2900 = Allgemeine Psychiatrie 2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie 2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie 2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
--	--

	2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung 2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie 2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung 2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik 2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz 2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik 2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz 2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze) 2990 = Allgemeine Psychiatrie 2991 = Allgemeine Psychiatrie 2992 = Allgemeine Psychiatrie 3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze) 3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie 3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze) 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie 3200 = Nuklearmedizin 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlentherapie 3290 = Nuklearmedizin 3291 = Nuklearmedizin 3292 = Nuklearmedizin 3300 = Strahlentherapie 3305 = Strahlentherapie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Strahlentherapie/Schwerpunkt Radiologie 3390 = Strahlentherapie 3391 = Strahlentherapie 3392 = Strahlentherapie 3400 = Dermatologie 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3490 = Dermatologie 3491 = Dermatologie 3492 = Dermatologie 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3600 = Intensivmedizin 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
--	--

	3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung 3791 = Sonstige Fachabteilung 3792 = Sonstige Fachabteilung
Schlüssel 2 "renale Grunderkrankung"	1003 = Adult nephrotic syndrome - no histology 1019 = Nephrotic syndrome of childhood - steroid sensitive - no histology 1026 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - no histology 1035 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - Finnish type - no histology 1042 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - Finnish type - histologically proven 1057 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - diffuse mesangial sclerosis 1061 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) 1074 = Denys-Drash syndrome 1088 = Congenital nephrotic syndrome (CNS) - congenital infection 1090 = Minimal change nephropathy - no histology 1100 = Minimal change nephropathy - histologically proven 1116 = IgA nephropathy - no histology 1128 = IgA nephropathy - histologically proven 1137 = Familial IgA nephropathy - no histology 1144 = Familial IgA nephropathy - histologically proven 1159 = IgA nephropathy secondary to liver cirrhosis - no histology 1163 = IgA nephropathy secondary to liver cirrhosis - histologically proven 1171 = IgM - associated nephropathy 1185 = Membranous nephropathy - idiopathic 1192 = Membranous nephropathy - malignancy associated 1205 = Membranous nephropathy - drug induced 1214 = Membranous nephropathy - infection associated 1222 = Mesangiocapillary glomerulonephritis type 1 1233 = Mesangiocapillary glomerulonephritis type 2 (dense deposit disease) 1246 = Mesangiocapillary glomerulonephritis type 3 1251 = Idiopathic rapidly progressive (crescentic) glomerulonephritis 1267 = Primary focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) 1279 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal recessive - no histology 1280 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal recessive - histologically proven 1298 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal dominant - no histology 1308 = Familial focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) - autosomal dominant - histologically proven 1312 = Focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) secondary to obesity - no histology 1320 = Focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) secondary to obesity - histologically proven 1331 = Diffuse endocapillary glomerulonephritis 1349 = Mesangial proliferative glomerulonephritis 1354 = Focal and segmental proliferative glomerulonephritis 1365 = Glomerulonephritis - secondary to other systemic disease 1377 = Glomerulonephritis - histologically indeterminate 1383 = Systemic vasculitis - ANCA negative - histologically proven 1396 = Systemic vasculitis - ANCA positive - no histology 1401 = Granulomatosis with polyangiitis - no histology 1417 = Granulomatosis with polyangiitis - histologically proven 1429 = Microscopic polyangiitis - histologically proven 1438 = Churg-Strauss syndrome - no histology 1440 = Churg-Strauss syndrome - histologically proven 1455 = Polyarteritis nodosa 1464 = Anti-Glomerular basement membrane (GBM) disease / Goodpasture's syndrome - no histology 1472 = Anti-Glomerular basement membrane (GBM) disease / Goodpasture's syndrome - histologically proven 1486 = Systemic lupus erythematosus / nephritis - no histology 1493 = Systemic lupus erythematosus / nephritis - histologically proven 1504 = Henoch-Schönlein purpura / nephritis - no histology 1515 = Henoch-Schönlein purpura / nephritis - histologically proven 1527 = Renal scleroderma / systemic sclerosis - no histology 1536 = Renal scleroderma / systemic sclerosis - histologically proven 1543 = Essential mixed cryoglobulinaemia - no histology 1558 = Essential mixed cryoglobulinaemia - histologically proven 1562 = Cryoglobulinaemia secondary to hepatitis C - no histology

	1570 = Cryoglobulinaemia secondary to hepatitis C - histologically proven 1589 = Cryoglobulinaemia secondary to systemic disease - no histology 1591 = Cryoglobulinaemia secondary to systemic disease - histologically proven 1602 = Primary reflux nephropathy - sporadic 1618 = Familial reflux nephropathy 1625 = Congenital dysplasia / hypoplasia 1639 = Multicystic dysplastic kidneys 1641 = Dysplasia due to fetal ACE-inhibitor exposure 1656 = Glomerulocystic disease 1660 = Congenital pelvi-ureteric junction obstruction 1673 = Congenital vesico-ureteric junction obstruction 1687 = Posterior urethral valves 1694 = Syndrome of agenesis of abdominal muscles - prune belly syndrome 1706 = Congenital neurogenic bladder 1710 = Bladder exstrophy 1723 = Megacystis-megaureter 1734 = Oligomeganephronia 1747 = Renal papillary necrosis - cause unknown 1752 = Acquired obstructive uropathy / nephropathy 1768 = Acquired obstructive nephropathy due to neurogenic bladder 1775 = Obstructive nephropathy due to prostatic hypertrophy 1781 = Obstructive nephropathy due to prostate cancer 1799 = Obstructive nephropathy due to bladder cancer 1809 = Obstructive nephropathy due to other malignancies 1813 = Idiopathic retroperitoneal fibrosis 1821 = Retroperitoneal fibrosis secondary to malignancies 1832 = Calculus nephropathy / urolithiasis 1845 = Calcium oxalate urolithiasis 1850 = Enteric hyperoxaluria 1866 = Magnesium ammonium phosphate (struvite) urolithiasis 1878 = Uric acid urolithiasis 1884 = Tubulointerstitial nephritis - no histology 1897 = Tubulointerstitial nephritis - histologically proven 1907 = Familial interstitial nephropathy - no histology 1911 = Familial interstitial nephropathy - histologically proven 1924 = Tubulointerstitial nephritis associated with autoimmune disease - no histology 1930 = Tubulointerstitial nephritis associated with autoimmune disease - histologically proven 1948 = Tubulointerstitial nephritis with uveitis (TINU) - no histology 1953 = Tubulointerstitial nephritis with uveitis (TINU) - histologically proven 1969 = Renal sarcoidosis - no histology 1976 = Renal sarcoidosis - histologically proven 1982 = Aristolochic acid nephropathy (Balkan / Chinese herb / endemic nephropathy) - no histology 1995 = Aristolochic acid nephropathy (Balkan / Chinese herb / endemic nephropathy) - histologically proven 2005 = Drug-induced tubulointerstitial nephritis - no histology 2014 = Drug-induced tubulointerstitial nephritis - histologically proven 2022 = Nephropathy due to analgesic drugs - no histology 2033 = Nephropathy due to analgesic drugs - histologically proven 2046 = Nephropathy due to ciclosporin - no histology 2051 = Nephropathy due to ciclosporin - histologically proven 2067 = Nephropathy due to tacrolimus - no histology 2079 = Nephropathy due to tacrolimus - histologically proven 2080 = Nephropathy due to aminoglycosides - no histology 2098 = Nephropathy due to aminoglycosides - histologically proven 2108 = Nephropathy due to amphotericin - no histology 2112 = Nephropathy due to amphotericin - histologically proven 2120 = Nephropathy due to cisplatin - no histology 2131 = Nephropathy due to cisplatin - histologically proven 2149 = Nephropathy due to lithium - no histology 2154 = Nephropathy due to lithium - histologically proven 2165 = Lead induced nephropathy - no histology 2177 = Lead induced nephropathy - histologically proven 2183 = Acute urate nephropathy - no histology 2196 = Acute urate nephropathy - histologically proven 2203 = Chronic urate nephropathy - histologically proven 2219 = Radiation nephritis 2226 = Renal / perinephric abscess 2235 = Renal tuberculosis
--	--

	2242 = Leptospirosis 2257 = Hantavirus nephropathy 2261 = Xanthogranulomatous pyelonephritis 2274 = Nephropathy related to HIV - no histology 2288 = Nephropathy related to HIV - histologically proven 2290 = Schistosomiasis 2300 = Other specific infection 2316 = Diabetic nephropathy in type I diabetes - no histology 2328 = Diabetic nephropathy in type I diabetes - histologically proven 2337 = Diabetic nephropathy in type II diabetes - no histology 2344 = Diabetic nephropathy in type II diabetes - histologically proven 2359 = Chronic hypertensive nephropathy - no histology 2363 = Chronic hypertensive nephropathy - histologically proven 2371 = Malignant hypertensive nephropathy / accelerated hypertensive nephropathy - no histology 2385 = Malignant hypertensive nephropathy / accelerated hypertensive nephropathy - histologically proven 2392 = Ageing kidney - no histology 2407 = Ischaemic nephropathy - no histology 2411 = Ischaemic nephropathy / microvascular disease - histologically proven 2424 = Renal artery stenosis 2430 = Atheroembolic renal disease - no histology 2448 = Atheroembolic renal disease - histologically proven 2453 = Fibromuscular dysplasia of renal artery 2469 = Renal arterial thrombosis / occlusion 2476 = Renal vein thrombosis 2482 = Cardiorenal syndrome 2495 = Hepatorenal syndrome 2509 = Renal amyloidosis 2513 = AA amyloid secondary to chronic inflammation 2521 = AL amyloid secondary to plasma cell dyscrasia 2532 = Familial amyloid secondary to protein mutations - no histology 2545 = Familial amyloid secondary to protein mutations - histologically proven 2550 = Familial AA amyloid secondary to familial Mediterranean fever / TRAPS (Hibernian fever) - no histology 2566 = Familial AA amyloid secondary to familial Mediterranean fever / TRAPS (Hibernian fever) - histologically proven 2578 = Myeloma kidney - no histology 2584 = Myeloma cast nephropathy - histologically proven 2597 = Light chain deposition disease 2606 = Immunotactoid / fibrillary nephropathy 2610 = Haemolytic uraemic syndrome (HUS) - diarrhoea associated 2623 = Atypical haemolytic uraemic syndrome (HUS) - diarrhoea negative 2634 = Thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) 2647 = Haemolytic uraemic syndrome (HUS) secondary to systemic disease 2652 = Congenital haemolytic uraemic syndrome (HUS) 2668 = Familial haemolytic uraemic syndrome (HUS) 2675 = Familial thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) 2681 = Nephropathy due to pre-eclampsia / eclampsia 2699 = Sickle cell nephropathy - no histology 2702 = Sickle cell nephropathy - histologically proven 2718 = Autosomal dominant (AD) polycystic kidney disease 2725 = Autosomal dominant (AD) polycystic kidney disease type I 2739 = Autosomal dominant (AD) polycystic kidney disease type II 2741 = Autosomal recessive (AR) polycystic kidney disease 2756 = Alport syndrome - no histology 2760 = Alport syndrome - histologically proven 2773 = Benign familial haematuria 2787 = Thin basement membrane disease 2794 = Cystic kidney disease 2804 = Medullary cystic kidney disease type I 2815 = Medullary cystic kidney disease type II 2827 = Uromodulin-associated nephropathy (familial juvenile hyperuricaemic nephropathy) 2836 = Nephronophthisis 2843 = Nephronophthisis - type 1 (juvenile type) 2858 = Nephronophthisis - type 2 (infantile type) 2862 = Nephronophthisis - type 3 (adolescent type) 2870 = Nephronophthisis - type 4 (juvenile type) 2889 = Nephronophthisis - type 5
--	---

	2891 = Nephronophthisis - type 6 2901 = Primary Fanconi syndrome 2917 = Tubular disorder as part of inherited metabolic diseases 2929 = Dent disease 2938 = Lowe syndrome (oculocerebrorenal syndrome) 2940 = Inherited aminoaciduria 2955 = Cystinuria 2964 = Cystinosis 2972 = Inherited renal glycosuria 2986 = Hypophosphataemic rickets X-linked (XL) 2993 = Hypophosphataemic rickets autosomal recessive (AR) 3000 = Primary renal tubular acidosis (RTA) 3016 = Proximal renal tubular acidosis (RTA) - type II 3028 = Distal renal tubular acidosis (RTA) - type I 3037 = Distal renal tubular acidosis with sensorineural deafness - gene mutations 3044 = Nephrogenic diabetes insipidus 3059 = Lesch Nyhan syndrome - hypoxanthine guanine phosphoribosyl transferase deficiency 3063 = Phosphoribosyl pyrophosphate synthetase (PRPPS) superactivity 3071 = Alagille syndrome 3085 = Bartter syndrome 3092 = Gitelman syndrome 3102 = Liddle syndrome 3118 = Apparent mineralocorticoid excess 3125 = Glucocorticoid suppressible hyperaldosteronism 3139 = Inherited / genetic diabetes mellitus type II 3141 = Pseudohypoaldosteronism type 1 3156 = Pseudohypoaldosteronism type 2 (Gordon syndrome) 3160 = Familial hypocalciuric hypercalcaemia 3173 = Familial hypercalciuric hypocalcaemia 3187 = Familial hypomagnesaemia 3194 = Primary hyperoxaluria 3207 = Primary hyperoxaluria type I 3211 = Primary hyperoxaluria type II 3224 = Fabry disease - no histology 3230 = Fabry disease - histologically proven 3248 = Xanthinuria 3253 = Nail-patella syndrome 3269 = Rubinstein-Taybi syndrome 3276 = Tuberous sclerosis 3282 = Von Hippel-Lindau disease 3295 = Medullary sponge kidneys 3305 = Horse-shoe kidney 3314 = Frasier syndrome 3322 = Branchio-oto-renal syndrome 3333 = Williams syndrome 3346 = Townes-Brocks syndrome 3351 = Lawrence-Moon-Biedl / Bardet-Biedl syndrome 3367 = Mitochondrial cytopathy 3379 = Familial nephropathy 3380 = Acute kidney injury 3398 = Acute kidney injury due to hypovolaemia 3403 = Acute kidney injury due to circulatory failure 3419 = Acute kidney injury due to sepsis 3426 = Acute kidney injury due to rhabdomyolysis 3435 = Acute kidney injury due to nephrotoxicity 3442 = Acute cortical necrosis 3457 = Acute pyelonephritis 3461 = Kidney tumour 3474 = Renal cell carcinoma - histologically proven 3488 = Transitional cell carcinoma - histologically proven 3490 = Wilms tumour - histologically proven 3501 = Mesoblastic nephroma - histologically proven 3517 = Single kidney identified in adulthood 3529 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) caused by tumour nephrectomy 3538 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) due to traumatic loss of kidney 3540 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) due to donor nephrectomy
--	---

	3555 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) - aetiology uncertain / unknown - no histology 3564 = Chronic kidney disease (CKD) / chronic renal failure (CRF) - aetiology uncertain / unknown - histologically proven 3572 = Haematuria and proteinuria - no histology 3604 = Nephrotic syndrome of childhood - steroid resistant - no histology 3615 = Nephrotic syndrome of childhood - no trial of steroids - no histology 3627 = Renal cysts and diabetes syndrome 3636 = Chronic urate nephropathy - no histology 3643 = Chronic renal failure due to systemic infection 3658 = Renal coloboma syndrome 3662 = Hypercalcaemic nephropathy 3670 = Retroperitoneal fibrosis secondary to peri-aortitis 3689 = Retroperitoneal fibrosis secondary to drugs 3691 = Renal failure 3708 = Chronic renal failure 3712 = Isolated haematuria - no histology 3720 = Isolated proteinuria - no histology 3731 = Primary hyperoxaluria type III 3749 = Glomerulonephritis - no histology
Schlüssel 3 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)
Schlüssel 4 "Todesursache"	000 = Cause of death uncertain / not determined 011 = Myocardial ischaemia and infarction 012 = Hyperkalaemia 013 = Haemorrhagic pericarditis 014 = Other causes of cardiac failure 015 = Cardiac arrest / sudden death; other cause or unknown 016 = Hypertensive cardiac failure 017 = Hypokalaemia 018 = Fluid overload / pulmonary oedema 021 = Pulmonary embolus 022 = Cerebro-vascular accident, other cause or unspecified 023 = Gastro-intestinal haemorrhage 024 = Haemorrhage from graft site 025 = Haemorrhage from vascular access or dialysis circuit 026 = Haemorrhage from ruptured vascular aneurysm (not code 22 or 23) 027 = Haemorrhage from surgery (not code 23, 24 or 26) 028 = Other haemorrhage (not codes 23-27) 029 = Mesenteric infarction 031 = Pulmonary infection (bacterial - not code 73) 032 = Pulmonary infection (viral) 033 = Pulmonary infection (fungal or protozoal; parasitic) 034 = Infections elsewhere except virus hepatitis 035 = Septicaemia 036 = Tuberculosis (lung) 037 = Tuberculosis (elsewhere)

	038 = Generalized viral infection 039 = Peritonitis (all causes except for Peritoneal Dialysis) 041 = Liver disease due to hepatitis B virus 042 = Liver disease due to other viral hepatitis 043 = Liver disease due to drug toxicity 044 = Cirrhosis - not viral 045 = Cystic liver disease 046 = Liver failure - cause unknown 051 = Patient refused further treatment for ESRF 052 = Suicide 053 = ESRF treatment ceased for any other reason 054 = ESRF treatment withdrawn for medical reasons 061 = Uremia caused by graft failure 062 = Pancreatitis 063 = Bone marrow depression 064 = Cachexia 066 = Malignant disease, possibly induced by immunosuppressive therapy 067 = Malignant disease: solid tumors except those of 66 068 = Malignant disease: lymphoproliferative disorders except those of 66 069 = Dementia 070 = Peritonitis (sclerosing, with peritoneal dialysis) 071 = Perforation of peptic ulcer 072 = Perforation of colon 073 = Chronic obstructive airways disease 081 = Accident related to ESRF treatment (not code 25) 082 = Accident unrelated to ESRF treatment 099 = Other identified cause of death 100 = Peritonitis (bacterial, with peritoneal dialysis) 101 = Peritonitis (fungal, with peritoneal dialysis) 102 = Peritonitis (due to other cause, with peritoneal dialysis)
--	---

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation Follow-up (PNTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Art der Versicherung			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung 00 = kein besonderer Personenkreis 04 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21

			KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln. Dieses Datenfeld wird bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
verschoben (9)	ET-Nummer	 ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer aus ENIS
wenn nicht GKV-versichert			
neu	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Einwilligung ist die Grundlage für die Nutzung personenbezogener Daten bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmen der externen QS. Bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 wird die ET-Nummer nicht zur Nutzung für QS-Zwecke übermittelt; für Transplantationen, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt worden sind, entfällt somit dieses Datenfeld.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
4	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.

			<u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
6	Fachabteilung	□□□□ siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Empfängerdaten			
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□ □□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
verschoben (7)	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein "ja" anzukreuzen. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.
10	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
11	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
Transplantation			
neu	durchgeführte Transplantation	☐ 1 = isolierte Nierentransplantation 2 = simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = Isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	Gleichzeitige Transplantationen von Niere und Pankreas sind immer mit Schlüssel "2" zu dokumentieren, auch wenn simultan weitere Organe transplantiert werden.
12	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□	Bitte geben Sie das Datum der Transplantation an, die die

			Dokumentationspflicht für diesen Follow-up-Bogen ausgelöst hat.
13	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□	Bitte geben Sie das Datum an, an dem die Follow-up-Untersuchung stattgefunden hat. Wenn die notwendigen Followup-Informationen telefonisch oder schriftlich erhoben wurden, geben Sie bitte das Datum an, an dem die übermittelten Laborwerte erhoben wurden.
14	Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation	□□□ 01J = 1-Jahres-Follow-up 02J = 2-Jahres-Follow-up 03J = 3-Jahres-Follow-up 05J = 5-Jahres-Follow-up 90T = 90-Tage-Follow-up	Bitte geben Sie den Follow-up-Zeitpunkt an. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 90 Tage sowie 1, 2, 3, und 5 Jahre nach der Transplantation.
15	Art der Follow-up-Erhebung	□ 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information durch Angehörigen/Betreuer/Spender 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer/Spender	-
17	Patient verstorben	□ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-
wenn Feld 17 = 1			
18	Todesdatum	□□.□□.□□□□	-
19	Todesursache	□□□□ siehe Schlüssel 2 "Todesursache" ERA-EDTA cause of death Code	Bitte geben Sie hier die Todesursache gemäß der Kodeliste "cause of death" der ERA-EDTA an.
neu.1	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	□ 0 = nein 1 = Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) 2 = Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung) 3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder	<u>Clavien-Dindo-Klassifikation:</u> Grad I = Jede Abweichung vom normalen postoperativen Verlauf ohne Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung oder chirurgischer, radiologischer, endoskopischer Intervention. Erlaubte Behandlungsoptionen: Medikamente wie: Antipyretika, Analgetika, Diuretika, Elektrolyte; Physiotherapie; in diese Gruppe fallen ebenfalls Wundinfektionen,

		endoskopische Intervention) 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 5 = Grad V (Tod)	die am Patientenbett eröffnet werden. Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen Grad V = Tod des Patienten Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf. Die detaillierte Klassifikation wurde von Dindo et. al 2004 in Annals of Surgery publiziert: Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications: A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. Annals of Surgery. 2004;240(2):205-213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
neu.2	unbekannt, ob Komplikation vorliegt	☐ 1 = ja	-
20	Transplantatversagen Niere	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Unter Transplantatversagen ist der Beginn einer erneuten Dialysetherapie oder die unmittelbare Re-Transplantation zu verstehen. Seit 2013 besteht eine Dokumentationspflicht für alle FU-Jahre (1, 2 und 3), auch wenn ein Transplantatverlust bzw. -versagen bereits angegeben wurde. Dies gilt für alle Patienten, die ab dem 01.01.2012 eine Nieren- oder Pankreastretransplantation erhalten haben. Für Patienten mit Transplantatversagen bzw. -verlust ist im Follow-up lediglich die Angabe des Überlebensstatus erforderlich. Laborwerte o.ä. müssen nicht notwendigerweise erhoben werden.
wenn Feld 20 = 1			

21	Datum Transplantatversagen Niere	. .	-
22	Ursache Transplantatversagen Niere	☐ 1 = Rejektion 2 = Gefäßverschluss 3 = Blutung 4 = Infektion im OP-Bereich 5 = Rekurrenz der Grunderkrankung 6 = De Novo Nierenerkrankung 7 = primäre Nichtfunktion 8 = andere 9 = unbekannt	-
wenn Feld 20 IN (0;9)			
23.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	, Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in mg/dl vor Nierenlebendspende oder postmortalen Spende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
23.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	 Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 0 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in µmol/l vor Nierenlebendspende oder postmortalen Spende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
23.3	Kreatininwert i.S. unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld „durchgeführte Transplantation“ IN (1;2;3;5) und Feld 14 = '90T' und Feld 17 = 0 und Feld 20 = 0			
24	behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Ist nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (stationärer Aufenthalt zu der Nierentransplantation) (mindestens) eine behandlungsbedürftige Abstoßung aufgetreten? Bitte "ja" dokumentieren, wenn eine Abstoßung histologisch nachgewiesen wurde oder wenn - auch bei fehlendem/negativen Biopsieergebnis - wie bei einer Abstoßung behandelt wurde.
wenn Feld 24 = 1			
25	Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte mit "ja" dokumentieren, wenn die Abstoßung durch eine Biopsie histologisch nachgewiesen wurde.
wenn Feld „durchgeführte Transplantation“ IN (2;3;4;6) und Feld 17 = 0			
neu	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte nur bei durchgeführter Pankreastransplantation dokumentieren
Wenn „Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?“ = 0			
neu	Beginn der Insulintherapie	. .	Bitte nur bei durchgeführter Pankreastransplantation dokumentieren, wenn der Patient zum Zeitpunkt des Follow-up insulinpflichtig ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 0190 = Innere Medizin 0191 = Innere Medizin 0192 = Innere Medizin 0200 = Geriatrie 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 0290 = Geriatrie 0291 = Geriatrie 0292 = Geriatrie 0300 = Kardiologie 0390 = Kardiologie 0391 = Kardiologie 0392 = Kardiologie 0400 = Nephrologie 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin 0490 = Nephrologie 0491 = Nephrologie 0492 = Nephrologie 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie 0600 = Endokrinologie 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0690 = Endokrinologie 0691 = Endokrinologie 0692 = Endokrinologie 0700 = Gastroenterologie 0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie 0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0790 = Gastroenterologie 0791 = Gastroenterologie 0792 = Gastroenterologie 0800 = Pneumologie 0890 = Pneumologie 0891 = Pneumologie 0892 = Pneumologie 0900 = Rheumatologie 0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0990 = Rheumatologie 0991 = Rheumatologie
----------------------------------	---

	0992 = Rheumatologie 1000 = Pädiatrie 1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie 1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie 1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie 1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie 1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie 1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie 1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde 1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie 1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin 1051 = Langzeitbereich Kinder 1090 = Pädiatrie 1091 = Pädiatrie 1092 = Pädiatrie 1100 = Kinderkardiologie 1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin 1190 = Kinderkardiologie 1191 = Kinderkardiologie 1192 = Kinderkardiologie 1200 = Neonatologie 1290 = Neonatologie 1291 = Neonatologie 1292 = Neonatologie 1300 = Kinderchirurgie 1390 = Kinderchirurgie 1391 = Kinderchirurgie 1392 = Kinderchirurgie 1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie 1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde 1500 = Allgemeine Chirurgie 1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie 1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie 1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie 1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie 1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie 1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie 1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie 1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie 1590 = Allgemeine Chirurgie 1591 = Allgemeine Chirurgie 1592 = Allgemeine Chirurgie 1600 = Unfallchirurgie 1690 = Unfallchirurgie 1691 = Unfallchirurgie 1692 = Unfallchirurgie 1700 = Neurochirurgie 1790 = Neurochirurgie 1791 = Neurochirurgie 1792 = Neurochirurgie 1800 = Gefäßchirurgie 1890 = Gefäßchirurgie 1891 = Gefäßchirurgie 1892 = Gefäßchirurgie 1900 = Plastische Chirurgie 1990 = Plastische Chirurgie 1991 = Plastische Chirurgie 1992 = Plastische Chirurgie 2000 = Thoraxchirurgie 2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie 2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin 2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin 2090 = Thoraxchirurgie
--	---

2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

	3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie 3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie 3200 = Nuklearmedizin 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 3290 = Nuklearmedizin 3291 = Nuklearmedizin 3292 = Nuklearmedizin 3300 = Strahlenheilkunde 3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie 3390 = Strahlenheilkunde 3391 = Strahlenheilkunde 3392 = Strahlenheilkunde 3400 = Dermatologie 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3490 = Dermatologie 3491 = Dermatologie 3492 = Dermatologie 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3600 = Intensivmedizin 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung 3791 = Sonstige Fachabteilung 3792 = Sonstige Fachabteilung
Schlüssel 2 "Todesursache"	000 = Cause of death uncertain / not determined 011 = Myocardial ischaemia and infarction 012 = Hyperkalaemia 013 = Haemorrhagic pericarditis 014 = Other causes of cardiac failure 015 = Cardiac arrest / sudden death; other cause or unknown 016 = Hypertensive cardiac failure 017 = Hypokalaemia 018 = Fluid overload / pulmonary oedema 021 = Pulmonary embolus 022 = Cerebro-vascular accident, other cause or unspecified 023 = Gastro-intestinal haemorrhage

	024 = Haemorrhage from graft site 025 = Haemorrhage from vascular access or dialysis circuit 026 = Haemorrhage from ruptured vascular aneurysm (not code 22 or 23) 027 = Haemorrhage from surgery (not code 23, 24 or 26) 028 = Other haemorrhage (not codes 23-27) 029 = Mesenteric infarction 031 = Pulmonary infection (bacterial - not code 73) 032 = Pulmonary infection (viral) 033 = Pulmonary infection (fungal or protozoal; parasitic) 034 = Infections elsewhere except virus hepatitis 035 = Septicaemia 036 = Tuberculosis (lung) 037 = Tuberculosis (elsewhere) 038 = Generalized viral infection 039 = Peritonitis (all causes except for Peritoneal Dialysis) 041 = Liver disease due to hepatitis B virus 042 = Liver disease due to other viral hepatitis 043 = Liver disease due to drug toxicity 044 = Cirrhosis - not viral 045 = Cystic liver disease 046 = Liver failure - cause unknown 051 = Patient refused further treatment for ESRF 052 = Suicide 053 = ESRF treatment ceased for any other reason 054 = ESRF treatment withdrawn for medical reasons 061 = Uremia caused by graft failure 062 = Pancreatitis 063 = Bone marrow depression 064 = Cachexia 066 = Malignant disease, possibly induced by immunosuppressive therapy 067 = Malignant disease: solid tumors except those of 66 068 = Malignant disease: lymphoproliferative disorders except those of 66 069 = Dementia 070 = Peritonitis (sclerosing, with peritoneal dialysis) 071 = Perforation of peptic ulcer 072 = Perforation of colon 073 = Chronic obstructive airways disease 081 = Accident related to ESRF treatment (not code 25) 082 = Accident unrelated to ESRF treatment 099 = Other identified cause of death 100 = Peritonitis (bacterial, with peritoneal dialysis) 101 = Peritonitis (fungal, with peritoneal dialysis) 102 = Peritonitis (due to other cause, with peritoneal dialysis)
--	---

Spezifikation DIALS

Anwenderinformation für das Modul „Nierenersatztherapie - Dialyse“

Indexjahr 2020

Der Patientenfilter, der die entsprechenden dokumentationspflichtigen Behandlungsvorgänge selektiert, legt die zu exportierenden Fälle/Patienten fest. Diese Datenbasis stellt die Grundgesamtheit der QS-Vorgänge dar.

Anschließend muss für einen bestimmten Zeitraum das Auftreten bestimmter Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes und Verordnungen geprüft werden (Leistungs- und Medikationsfilter).

Die Datenfelder sind gemäß ihrer Eingangskennung in der Allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen angegeben, die sich an den Technischen Anlagen zum Datenaustausch der Leistungserbringer orientiert:

[Funktion].[Datenquelle].[Datensatz].[Segment].[Gruppe].[Feldkennung]@Attributname

Beispiel: 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops

Diese Kennung bezeichnet das Attribut „ops“, das in der Entlassungsanzeige des Datensatzes nach §301 im FAB-Segment in der Gruppe „Operation“ mit der Feldkennung „Prozedurenschlüssel“ zu finden ist.

Diese Kennzeichnung ermöglicht den direkten Bezug zu den Eingangsdaten. So ist gewährleistet, dass die zu selektierenden Datenfelder von den Krankenkassen eindeutig referenziert werden können.

Pseudocode der QS-Filter

	Pseudo-Code	Beschreibung
Patientenfilter	<pre> (source(295k)@quelle = '295k' UND 295k.LED.5/5.3.1@ebm EINSIN FilterListe.DIALYSE_GOP_INDEX UND 295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum INNERHALB Wertebereich.DIALS_INDEXJAHR) ODER ((source(295s)@quelle = '295_73b' ODER source(295s)@quelle = '295_73c') UND ebm_295s(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.ABR.8/8.3 Gebührennummer)@ebm EINSIN FilterListe.DIALYSE_GOP_INDEX UND 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum INNERHALB Wertebereich.DIALS_INDEXJAHR) ODER (source(301)@quelle = '301' UND (301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.DIALYSE_ICD_INDEX ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.DIALYSE_ICD_INDEX ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.DIALYSE_ICD_INDEX ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.DIALYSE_ICD_INDEX) UND 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.DIALYSE_OPS_INDEX </pre>	Daten nach § 295 im Betrachtungszeitraum mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste DIALYSE_GOP_INDEX Daten nach § 295a Im Betrachtungszeitraum mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste DIALYSE_GOP_INDEX Daten nach § 301 Im Betrachtungszeitraum mindestens eine primäre oder sekundäre Haupt- oder Nebendiagnose aus der Liste DIALYSE_ICD_INDEX in Verbindung mit mindestens einer Prozedur aus der Liste DIALYSE_OPS_INDEX

	Pseudo-Code	Beschreibung
	UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.DIALS_INDEXJAHR)	
Zeitfilter (DIALS_INDEXJAHR)	01.01.2020 – 31.12.2020	Indexleistung in Erfassungsjahr 2020
Leistungs- und Medikationsfilter	(source(295k)@quelle = '295k' UND 295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd EINSIN FilterListe.DIALYSE_ICD_KOMORB UND 295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum INNERHALB Wertebereich.DIALS_ZEITFILTER) ODER ((source(295s)@quelle = '295_73b' ODER source(295s)@quelle = '295_73c') UND 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert.icd EINSIN FilterListe.DIALYSE_ICD_KOMORB UND 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum INNERHALB Wertebereich.DIALS_ZEITFILTER) ODER (source(301)@quelle = '301' UND (301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMPL ODER)))	Daten nach § 295 Im Betrachtungszeitraum mindestens eine Diagnose aus der Liste DIALYSE_ICD_KOMORB Daten nach § 295a Im Betrachtungszeitraum mindestens eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste DIALYSE_ICD_KOMORB Daten nach § 301 Im Betrachtungszeitraum mindestens eine primäre oder sekundäre Haupt- oder Nebendiagnose aus den Listen DIALYSE_ICD_KOMORB oder DIALYSE_ICD_KOMPL

	Pseudo-Code	Beschreibung
	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMORB ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMORB ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMORB ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN Filterliste.DIALYSE_ICD_KOMORB) UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.DIALS_ZEITFILTER)	
Zeitfilter für Vorlauf/Follow-up (DIALS_ZEITFILTER)	01.01.2019 – 31.12.2020	Zeitraum 2019 bis 2020

Liste der Funktionen

Funktion	Formel	Beschreibung
cp_type	"iknr", wenn es sich um ein Institutionskennzeichen handelt; "bsnr", wenn es sich um eine Betriebsstättennummer handelt	Art des Leistungserbringers
ebm_295s	EBM, die der selektivvertraglichen Abrechnungsziffer entspricht (sofern eine solche Entsprechung existiert); sonst LEER	EBM-Entsprechung der selektivvertraglichen Abrechnungsnummer
date_gop	Datum einer GO-Nr. falls an KK übermittelt, sonst Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen	Datum der Leistung
inpatient_interrupt	ja: mind. Ein Entlass-/Verlegungsgrund (1. und 2. Stelle) 16, 21 oder 23 im Segment ETL; nein: sonst	Unterbrechung des KH-Aufenthaltes
kv_key	1. & 2. Stelle der BSNR	KV-Regionsschlüssel

Funktion	Formel	Beschreibung
sequential_nr	beginnend mit 1, sonst vorherige laufende Nummer +1	Laufende Nummer
source	Herkunft der Daten entsprechend dem Abrechnungskontext, aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen ('295k', '295s', '300', '301', '302', 'Admin', 'kh_ambo', 'Stamm')	Kennzeichen der genauen Datenquelle des Falles
specialist_key	8. und 9. Stelle der LANR	Fachgruppenschlüssel
state_key	Aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen oder ersatzweise aus der 3. und 4. Stelle der IKNR	Bundeslandschlüssel
year	Stelle 1–4 aus einem Datum im Format JJJJ-MM-TT	Jahr aus einem Datum

Verwendete Filterlisten

Filterliste	Beschreibung
DIALYSE_GOP_INDEX	Gebührenordnungspositionen (EBM-Ziffern) für Indexleistungen
DIALYSE_ICD_INDEX	Diagnosen (ICD-Kodes) für Indexleistungen
DIALYSE_OPS_INDEX	Prozeduren (OPS-Kodes) für Indexleistungen
DIALYSE_ICD_KOMPL	Diagnosen (ICD-Kodes) für Komplikationen
DIALYSE_ICD_KOMORB	Diagnosen (ICD-Kodes) für Komorbiditäten zur Risikoadjustierung

Inhalte der Filterlisten

Filterliste	Kodes
DIALYSE_GOP_INDEX ¹	13602, 13610, 13611, 40815, 40816, 40817, 40818, 40819, 40823, 40824, 40825, 40826, 40827, 40828, 40837, 40838
DIALYSE_ICD_INDEX ²	N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.80, N18.89, N18.9, Z49.1
DIALYSE_ICD_KOMORB ³	A04.7, A08.1, A09.0, A09.9, A41.0, A41.9, A49.0, B15, B15.0, B15.9, B16, B16.0, B16.1, B16.2, B16.9, B17, B17.0, B17.1, B17.2, B17.8, B17.9, B18, B18.0, B18.1, B18.2, B18.8, B18.9, B19, B19.0, B19.9, B20, B21, B22, B23, B23.0, B23.8, B24, B95.2, B95.6, B95.7, B96.2, B96.5, C44.3, C44.9, C50.9, C61, C64, C67.9, C90.00, D50.0, D50.8, D50.9, D62, D63.8, D64.8, D64.9, D68.4, D68.9, D69.53, D69.61, D90, E10, E10.0, E10.01, E10.1, E10.11, E10.2, E10.20, E10.21, E10.3, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.5, E10.50, E10.51, E10.6, E10.60, E10.61, E10.7, E10.72, E10.73, E10.74, E10.75, E10.8, E10.80, E10.81, E10.9, E10.90, E10.91, E11, E11.0, E11.01, E11.1, E11.11, E11.2, E11.20, E11.21, E11.3, E11.30, E11.31, E11.4, E11.40, E11.41, E11.5, E11.50, E11.51, E11.6, E11.60, E11.61, E11.7, E11.72, E11.73, E11.74, E11.75, E11.8, E11.80, E11.81, E11.9, E11.90, E11.91, E12, E12.0, E12.01, E12.1, E12.11, E12.2, E12.20, E12.21, E12.3, E12.30, E12.31, E12.4, E12.40, E12.41, E12.5, E12.50, E12.51, E12.6, E12.60, E12.61, E12.7, E12.72, E12.73, E12.74, E12.75, E12.8, E12.80, E12.81, E12.9, E12.90, E12.91, E13, E13.0, E13.01, E13.1, E13.11, E13.2, E13.20, E13.21, E13.3, E13.30, E13.31, E13.4, E13.40, E13.41, E13.5, E13.50, E13.51, E13.6, E13.60, E13.61, E13.7, E13.72, E13.73, E13.74, E13.75, E13.8, E13.80, E13.81, E13.9, E13.90, E13.91, E14, E14.0, E14.01, E14.1, E14.11, E14.2, E14.20, E14.21, E14.3, E14.30, E14.31, E14.4, E14.40, E14.41, E14.5, E14.50, E14.51, E14.6, E14.60, E14.61, E14.7, E14.72, E14.73, E14.74, E14.75, E14.8, E14.80, E14.81, E14.9, E14.90, E14.91, E21.1, E21.2, E21.3, E46, E66.0, E66.00, E66.01, E66.02, E66.09, E66.89, E66.9, E66.99, E78.0, E78.1, E78.2, E78.4, E78.5, E78.9, E79.0, E83.38, E83.39, E83.58, E86, E87.1, E87.2, E87.5, E87.6, E87.7, E87.8, E88.9, F01.9, F03, F06.9, F10.2, F17.1, F17.2, F32.0, F32.1, F32.2, F32.8, F32.9, F33.9, F45.9, F48.0, G20.90, G45, G45.0, G45.02, G45.03, G45.09, G45.1, G45.12, G45.13, G45.19, G45.2, G45.22, G45.23, G45.29, G45.3, G45.32, G45.33, G45.39, G45.4, G45.42, G45.43, G45.49, G45.8, G45.82, G45.83, G45.89, G45.9, G45.92, G45.93, G45.99, G46, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8, G62.9, G63.2, G63.8, I07.1, I08.0, I08.1, I10, I10.0, I10.00, I10.01, I10.1, I10.10, I10.11, I10.9, I10.90, I10.91, I11, I11.0, I11.00, I11.01, I11.9, I11.90, I11.91, I12, I12.0, I12.00, I12.01, I12.9, I12.90, I12.91, I13, I13.0, I13.00, I13.01, I13.1, I13.10, I13.11, I13.2, I13.20, I13.21, I13.9, I13.90, I13.91, I15, I15.0, I15.00, I15.01, I15.1, I15.10, I15.11, I15.2, I15.20, I15.21, I15.8, I15.80, I15.81, I15.9, I15.90, I15.91, I20, I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I21, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I24, I24.0, I24.1, I24.8, I24.9, I25, I25.0, I25.1, I25.10, I25.11, I25.12, I25.13, I25.19, I25.2, I25.20, I25.21, I25.22, I25.29, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9, I26.9, I27.0, I27.28, I34.0, I35.0, I35.1, I35.2, I35.8, I36.1, I42.0, I42.9, I44.0, I44.2, I44.3, I44.7, I45.1, I47.1, I47.2, I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9, I49.3, I49.5, I49.8, I49.9, I50, I50.0, I50.00, I50.01, I50.1, I50.11, I50.12, I50.13, I50.14, I50.19, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.2, I67.2, I67.3, I67.88, I67.9, I70.0, I70.1, I70.2, I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.26, I70.29, I70.8, I70.9, I71.4, I71.9, I73.9, I77.0, I79.2, I95.9, I99, J06.9, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9, J40, J42, J43.9, J44.19, J44.89, J44.9, J44.99, J45.9, J81, J96.0, J96.1, J96.9, K25.9, K26.9, K52.9, K65.0, K66.0, K70.3, K74.6, K76.0, K76.8, K76.9, K86.1, K86.8, K92.2, L89.14, L89.99, L97, L98.4,

¹ Die hier aufgeführten EBM-Kodes basieren auf dem im Abschlussbericht des AQUA-Instituts „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen“ (Stand: 8. Februar 2016) dargestellten Stand.

² Die hier aufgeführten ICD-Kodes basieren auf der Klassifikation „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

³ Die hier aufgeführten ICD-Kodes basieren auf der Klassifikation „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

Filterliste	Kodes
	M06.99, M10.09, M10.99, M31.3, M35.0, M81.99, M90.89, N02.8, N03.3, N03.9, N04.9, N05.9, N08.3, N11.9, N12, N13.3, N17.8, N17.9, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.8, N18.80, N18.89, N18.9, N19, N25.0, N25.8, N26, Q60.0, Q61.0, Q61.2, Q61.3, Q61.9, R02, R31, R63.3, R63.4, R64, R65.0, R65.1, R80, T81.0, T81.4, T81.8, T82.3, T82.4, T82.5, T82.7, T82.8, T86.10, T86.11, T86.19, U69.00, U80, U80.0, U80.00, U80.01, U80.1, U80.10, U80.11, U80.2, U80.20, U80.21, U80.3, U80.30, U80.31, U81, U81.2, U81.20, U81.21, U81.22, U81.23, U81.24, U81.25, U81.26, U81.27, U81.28, U81.3, U81.30, U81.31, U81.4, U81.40, U81.41, U81.42, U81.43, U81.44, U81.45, U81.46, U81.47, U81.48, U81.5, U81.50, U81.51, U81.6, Z21, Z85.0, Z85.4, Z85.5, Z90.5, Z94.0, Z95.0, Z95.1, Z95.2, Z95.4, Z95.5, Z95.81, Z95.88, Z99.2
DIALYSE_ICD_KOMPL ⁴	T80.1, T82.4, T82.7, T85.71, T85.78, T85.88, T85.9
DIALYSE_OPS_INDEX ⁵	, 88533, 88534, 88535, 88536, 88542, 88543, 88544, 88545, 88548, 88553, 88554, 88555, 88556, 88570, 8853x, 8853y, 8854x, 8854y, 8855x, 8855y, 8857x, 8857y

Lieferzeiträume

Lieferquartal	Zeitraum für Erstlieferung	Zeitraum für Korrekturlieferungen
4. Quartal 2020	2020-10-01 bis 2020-10-15	2020-10-16 bis 2020-10-31
1. Quartal 2021	2021-01-15 bis 2021-01-31	2021-02-01 bis 2021-02-15
2. Quartal 2021	2021-04-01 bis 2021-04-15	2021-04-16 bis 2021-04-30
3. Quartal 2021	2021-07-01 bis 2021-07-15	2021-07-16 bis 2021-07-31
4. Quartal 2021	2021-10-01 bis 2021-10-15	2021-10-16 bis 2021-10-31

⁴ Die hier aufgeführten ICD-Kodes basieren auf der Klassifikation „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

⁵ Die hier aufgeführten OPS-Kodes basieren auf der Klassifikation „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

Spezifikation NTXS

Anwenderinformation für das Modul „Nierenersatztherapie - Nierentransplantation“

Indexjahr 2020

Der Patientenfilter, der die entsprechenden dokumentationspflichtigen Behandlungsvorgänge selektiert, legt die zu exportierenden Fälle/Patienten fest. Diese Datenbasis stellt die Grundgesamtheit der QS-Vorgänge dar.

Anschließend muss für einen bestimmten Zeitraum das Auftreten bestimmter Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes und Verordnungen geprüft werden (Leistungs- und Medikationsfilter).

Die Datenfelder sind gemäß ihrer Eingangskennung in der Allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen angegeben, die sich an den Technischen Anlagen zum Datenaustausch der Leistungserbringer orientiert:

[Funktion].[Datenquelle].[Datensatz].[Segment].[Gruppe].[Feldkennung]@Attributname

Beispiel: 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops

Diese Kennung bezeichnet das Attribut „ops“, das in der Entlassungsanzeige des Datensatzes nach §301 im FAB-Segment in der Gruppe „Operation“ mit der Feldkennung „Prozedurenschlüssel“ zu finden ist.

Diese Kennzeichnung ermöglicht den direkten Bezug zu den Eingangsdaten. So ist gewährleistet, dass die zu selektierenden Datenfelder von den Krankenkassen eindeutig referenziert werden können.

Pseudocode der QS-Filter

	Pseudo-Code	Beschreibung
Patientenfilter	source(301)@quelle = '301' UND 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN Filterliste.NTX_OPS UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.NTXS_INDEXJAHR	Daten nach § 301 Mindestens eine Prozedur aus der Liste NTX_OPS UND Entlassungsdatum im Erfassungsjahr
Zeitfilter (NTXS_INDEXJAHR)	01.01.2020 – 31.12.2020	Entlassung im Erfassungsjahr 2020
Leistungs- und Medikationsfilter	-	-
Zeitfilter für Vorlauf/Follow-up (NTXS_ZEITFILTER)	-	-

Liste der Funktionen

Funktion	Formel	Beschreibung
cp_type	"iknr", wenn es sich um ein Institutionskennzeichen handelt; "bsnr", wenn es sich um eine Betriebsstättennummer handelt	Art des Leistungserbringers
inpatient_interrupt	ja: mind. Ein Entlass-/Verlegungsgrund (1. und 2. Stelle) 16, 21 oder 23 im Segment ETL; nein: sonst	Unterbrechung des KH-Aufenthaltes
sequential_nr	beginnend mit 1, sonst vorherige laufende Nummer +1	Laufende Nummer
source	Herkunft der Daten entsprechend dem Abrechnungskontext, aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen ('295k', '295s', '300', '301', '302', 'Admin', 'kh_ambo', 'Stamm')	Kennzeichen der genauen Datenquelle des Falles
state_key	Aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen oder ersatzweise aus der 3. und 4. Stelle der IKNR	Bundeslandschlüssel
year	Stelle 1–4 aus einem Datum im Format JJJJ-MM-TT	Jahr aus einem Datum

Verwendete Filterlisten

Filterliste	Beschreibung
NTX_OPS	Prozeduren (OPS-Kodes) für Indexleistungen

Inhalte der Filterlisten

Filterliste	Kodes
NTX_OPS ¹	55550, 55552, 55555, 55556, 55558, 555510, 555511, 555570, 555571, 5555x, 5555y

Lieferzeiträume

Lieferquartal	Zeitraum für Erstlieferung	Zeitraum für Korrekturlieferungen
3. Quartal 2020	2020-07-01 bis 2020-07-15	2020-07-16 bis 2020-07-31
4. Quartal 2020	2020-10-01 bis 2020-10-15	2020-10-16 bis 2020-10-31
1. Quartal 2021	2021-01-15 bis 2021-01-31	2021-02-01 bis 2021-02-15
2. Quartal 2021	2021-04-01 bis 2021-04-15	2021-04-16 bis 2021-04-30
2. Quartal 2022	2022-04-01 bis 2022-04-15	2022-04-16 bis 2022-04-30
2. Quartal 2023	2023-04-01 bis 2023-04-15	2023-04-16 bis 2023-04-30
2. Quartal 2024	2024-04-01 bis 2024-04-15	2024-04-16 bis 2024-04-30
2. Quartal 2026	2026-04-01 bis 2026-04-15	2026-04-16 bis 2026-04-30

¹ Die hier aufgeführten OPS-Kodes basieren auf der Klassifikation „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018.

MUSTER - Die in diesem Formular genannten Module können im Rahmen der Basissspezifikation je nach Festlegung der zuständigen Datenannahmestellen in ein richtlinienübergreifendes Formular zur Sollstatistik integriert werden.

Meldung zur methodischen Sollstatistik in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §§ 136ff. SGB V

Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß
§ 15 Abs. 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).

zur Mitteilung an die zuständige Datenannahmestelle nach § 9 der DeQS-RL.

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	2020
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
QS-Filter-Software / Version:	/
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	

MUSTER - Die in diesem Formular genannten Module können im Rahmen der Basisspezifikation je nach Festlegung der zuständigen Datenannahmestellen in ein richtlinienübergreifendes Formular zur Sollstatistik integriert werden.

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2020	2. Quartal 2020	3. Quartal 2020	4. Quartal 2020						
DIAL	2020									-	
PNTX	2020										

MUSTER - Die in diesem Formular genannten Module können im Rahmen der Basissspezifikation je nach Festlegung der zuständigen Datenannahmestellen in ein richtlinienübergreifendes Formular zur Sollstatistik integriert werden.

Konformitätserklärung der Geschäftsführung zur Sollstatistik

Hiermit bestätigen wir die Übereinstimmung der methodischen Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2020 mit den internen Aufzeichnungen unseres Krankenhauses. Uns ist bekannt, dass Überprüfungen der Sollstatistik stichprobenhaft erfolgen können.

.....		
Ort	Datum	Stempel und Unterschrift der Geschäftsführung

Erläuterungen:

Diese Übersicht wird gemäß § 15 Abs. 2 gemäß der DeQS-RL erstellt und ist an die zuständige Datenannahmestelle nach § 9 der DeQS-RL zu übersenden.

Die Übermittlung erfolgt elektronisch als Datensatz gemäß Spezifikation für QS-Filter-Software 2020 und als unterschriebener Papierausdruck per Post. Dieser enthält die sog. Konformitätserklärung nach § 15 Abs. 3 der DeQS-RL.

„Gesamt: Anzahl Datensätze“:

Hier wird bei den einzelnen Leistungsbereichen die Gesamtzahl der dokumentationspflichtigen Datensätze angegeben. In den übrigen Spalten wird einerseits eine Differenzierung nach Entlassungsquartalen und andererseits nach Abrechnungsarten dargestellt.



**Empfehlungen zur Spezifikation
für das Erfassungsjahr 2020
zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie
bei chronischem Nierenversagen (NET)*
einschließlich Pankreastransplantationen
nach DeQS-RL**

Erläuterungen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 23. Mai 2019

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* nach DeQS-RL. Erläuterungen

Ansprechpartnerin:

Claudia Ammann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

18. Januar 2019, korrigierte Fassung vom 20. Februar 2019, korrigierte Fassung vom 23. 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.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	6
2 Vorgehensweise und Prüfschritte	11
2.1 Prüfung der Vorgaben des Abschlussberichtes	11
2.2 Abstimmung mit den Softwareanbietern	12
2.3 Abhängigkeit der Spezifikationsempfehlungen	16
3 Modulübergreifende Empfehlungen.....	17
3.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen.....	17
3.1.1 Daten für die Fallidentifikation	18
3.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung.....	19
3.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung.....	20
3.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	20
3.2 Eindeutige Vorgangsnummer	21
3.3 Standortangaben.....	22
3.4 Datenfeld „Geschlecht“.....	24
3.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“	24
3.6 Abbildung von Follow-up-relevanten Informationen über die Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	24
4 Modulspezifische Empfehlungen	26
4.1 Dialyse	26
4.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (DIAL).....	26
4.1.2 Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen (DIALS)	37
4.2 Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation und Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation Follow-up	38
4.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (PNTX/PNTXFU)	38
4.2.2 Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen (NTXS)	52
5 Releaseplanung	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2020	53
--	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abstimmungszeitraum Verfahren QS NET	11
---	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
DAS	Datenannahmestelle
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	einheitliche Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
FU	Follow-up
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
NTX	Nierentransplantation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PD	Peritoneal-Dialyse
PID	patientenidentifizierende Daten
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
PNTX-FU	Follow-up der Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
QS-D	Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
TPG	Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG)

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik).

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).¹ Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Zielsetzung und Zielgruppe

Die Basisspezifikation ist ein komplexes Regelwerk, das mithilfe verschiedener Komponenten verbindliche Grundlagen für alle Prozesse im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von QS-Daten bei den unterschiedlichen Verfahrensteilnehmern (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) vorgibt und beschreibt. Die Komponenten der Spezifikation sind daher so ausgestaltet, dass sie von QS- und/oder IT-/EDV-Expertinnen und -Experten verstanden werden. Die Spezifikation richtet sich ausschließlich an diesen Teilnehmerkreis. Die Regelung und die Art der Darlegung der Spezifikationskomponenten sind auf eine möglichst automatisierte Nutzung durch diesen Personenkreis ausgerichtet.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die einen Vergleich der Qualität von erbrachten Leistungen zum Ziel haben, stellen eine Reihe von Anforderungen an die Datenerhebung, Datenerfassung und Plausibilitätsprüfung, um valide, reliable und vergleichbare Daten gewinnen zu können. Die Erfassung und Plausibilitätsprüfung durch unterschiedliche Softwareumsetzungen beinhaltet grundsätzlich die Gefahr einer Verzerrung der Daten. Die Vorgaben der Spezifikation, die eine einheitliche Festlegung von Datenfelddescriptions, Plausibilitätsregeln, Grundsätzen der Benutzerschnittstellengestaltung und Datenübermittlungsformaten umfassen, sollen dazu dienen, dieser Gefahr entgegenzuwirken. Dadurch werden die Erhebung valider und vergleichbarer Daten sowie ein unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten sicherer Datenfluss gewährleistet.

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Damit soll erreicht werden, dass alle Leistungserbringer die Komponenten korrekt anwenden und Dokumentationspflichten erkennen sowie Klarheit darüber besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind einzuhalten. Die Art der Umsetzung kann jedoch individuell auf die Zielgruppen der Software ausgerichtet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die verfahrensspezifische Zurverfügungstellung und Erläuterung der generischen technischen Fehlermeldungen. Da beispielsweise die Fehlermeldungstexte der administrativen Prüfungen allgemein formuliert

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 18.01.2019).

sind, können Verfahrensteilnehmer (Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) die Meldungstexte so konkretisieren, dass sie für den Empfänger (insbesondere für Ärztinnen und Ärzte) für den individuellen Fall verständlich sind. Diese Fehlermeldungen sind nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikationsempfehlungen.

Auf der Website des IQTIG stehen Informationen für Endanwender zu den einzelnen Verfahren und zur Erleichterung der Dokumentation bereit. Zu Letzterem gehören die Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise und Anwenderinformationen. Diese Dokumente, die sich an Leistungserbringer richten, die Anwender der QS-Software sind (z. B. Ärztinnen oder Ärzte), sind unter Berücksichtigung verschiedener Anforderungen möglichst anwenderorientiert und verständlich formuliert. Neben der Verständlichkeit werden beispielsweise auch Aspekte wie Einheitlichkeit, technische Umsetzbarkeit und Aufwand bei Verfahrensteilnehmern berücksichtigt. Ist gemäß Beauftragung durch den G-BA eine Spezifikation auf Grundlage eines Abschlussberichtes des AQUA-Instituts zu erstellen, werden die Texte der Spezifikation im Regelfall aus diesem Bericht übernommen. Verständlichkeit und Anwenderorientierung entsprechen in diesem Fall den Vorgaben des AQUA-Instituts.

Die Basisspezifikation beinhaltet neben Vorgaben für die Verfahren zur externen stationären Qualitätssicherung nach Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² auch Vorgaben zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³. Damit werden mit niedergelassenen Leistungserbringern, ambulant am Krankenhaus erbrachten Eingriffen, Krankenkassen und neuen Datenannahmestellen weitere Beteiligte und Leistungen in die gesetzliche Qualitätssicherung einbezogen.

Die Spezifikation richtet sich an alle beteiligten Leistungserbringer und die von ihnen beauftragten Softwarehersteller, unabhängig vom Versorgungssektor oder vom Abrechnungskontext der Leistungserbringung.

Beauftragung zur Erstellung einer Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie*

Der G-BA hat das IQTIG am 20. Juli 2017 beauftragt, eine Spezifikation für das QS-Verfahren „Nierenersatztherapie“ bei chronischem Nierenversagen zu erstellen.⁴ Die Spezifikationserstellung soll auf Grundlage des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen“ (Stand: 8. Februar 2016) erfolgen. Des Weiteren soll die Spezifikation unter Berücksichtigung des aktuellen Beratungsstandes zu den Themenspezifischen Bestimmungen erstellt werden.

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juli 2016, in Kraft getreten am 1. Januar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 16.01.2019).

³ Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 03.01.2019).

⁴ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des Instituts nach § 137a SGB V zur Erstellung einer Spezifikation für das Qualitätssicherungsverfahren „Nierenersatztherapie“. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3026/> (abgerufen am 16.01.2019).

Am 16. Oktober 2017 wurde der Abschlussbericht zur Spezifikation, die Dokumente zum QS-Verfahren und die Erforderlichkeitstabellen gemäß Beauftragung an den G-BA übergeben. Zum damaligen Zeitpunkt bildete die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)⁵ die Grundlage für dieses QS-Verfahren. Durch die zeitliche Vorgabe und in Abstimmung mit dem G-BA wurde vom IQTIG für die Erstellung der Spezifikation des Verfahrens *QS NET* nur eine reine technische Prüfung der Umsetzungsempfehlungen aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgenommen. Im Abschlussbericht des IQTIG wurden die Änderungen der Spezifikation gegenüber dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Umsetzung für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen dargelegt. Des Weiteren widmete sich ein separates Kapitel den offenen Fragen und Problemen des Verfahrens, die in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Gesundheits-IT zusammengetragen wurden.

Beauftragung zur Erstellung einer ergänzenden Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenerersatztherapie (NET)* einschließlich Pankreastransplantationen

In der Arbeitsgruppe (AG) Qesü-RL des G-BA wurden am 14. November 2017 die Ergebnisse des Abschlussberichtes, Probleme und offene Fragen vom IQTIG präsentiert und beraten. Daraufhin hat die AG entschieden, dass der anvisierte Start des Verfahrens am 1. Januar 2019 verschoben wird, um gemeinsam mit Softwareherstellern ein praktikables Verfahren für den Regelbetrieb 2020 zu entwickeln.

Weiterhin wurde entschieden, dass das neue QS-Verfahren die Leistungsbereiche Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation nach QSKH-RL ablösen soll. Die Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen sollen daher in das neue QS-Verfahren integriert werden.

Der Gemeinsamen Bundesausschuss hat das IQTIG anschließend am 18. Oktober 2018 beauftragt eine ergänzende Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET)* einschließlich Pankreastransplantationen zu erstellen.⁶

Bei der Spezifikationserstellung soll der aktuelle Beratungsstand zu den entsprechenden Themenspezifischen Bestimmungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) berücksichtigt werden.

Da das IQTIG zur Erstellung der Spezifikationsempfehlungen ausreichend Vorlaufzeit und Planungssicherheit benötigt, können die aktuellen Beratungen aus den Gremien des G-BA nur bis zu einem definierten Stichtag in der vorliegenden Empfehlung berücksichtigt werden. Um die Spezifikationsempfehlungen zum Abgabetermin finalisieren zu können, hat das IQTIG den Stichtag auf Freitag, den 23. November festgelegt.

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juli 2016, in Kraft getreten am 1. Januar 2017. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 16.01.2019).

⁶ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung einer ergänzenden Spezifikation für das Qualitätssicherungsverfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET) einschließlich Pankreastransplantationen. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3525/> (abgerufen am 16.01.2019).

Folgende Sachverhalte waren dem IQTIG bis zum genannten Stichtag bekannt und konnten daher in der vorliegenden Spezifikationsempfehlung entsprechend berücksichtigt werden:

- Erhebung von Patientinnen und Patienten, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (Nicht-GKV-Versicherte)

Um die Aussagekraft des QS-Verfahrens in relevantem Ausmaß (aufgrund geringer Fallzahlen) zu steigern, wurde entschieden, dass die Daten Nicht-GKV-Versicherter, unter Voraussetzung ihrer Einwilligung, für die externe Qualitätssicherung erhoben werden sollen.⁷ Dieses Vorgehen erfolgt nur bei Patientinnen und Patienten mit einer Nieren- und/oder Pankreastransplantation. Bei chronischen Dialysen werden nur die Daten von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (GKV-Versicherten) erhoben.

- Pseudonymisierung der Eurotransplant-Nummer (ET-Nummer)

Um eine Follow-up-Betrachtung bei Nicht-GKV-Versicherten zu ermöglichen, muss die ET-Nummer der Patientin / des Patienten erhoben werden. Da die ET-Nummer als patientenidentifizierendes Datum gilt, muss diese pseudonymisiert werden. Dies betrifft ebenfalls nur Patientinnen und Patienten mit einer Nieren- und/oder Pankreastransplantation.

- Übernahme des Verfahrens in die DeQS-RL

Die AG Qesü-RL hat entschieden, dass das Verfahren *QS NET* Bestandteil der neuen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sein wird. Das bedeutet, dass bei dem QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* der Datenfluss über eine Datenannahmestelle (DAS) erfolgen wird. Die Auswertungen und Durchführung des Strukturierten Dialogs für das Modul Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation erfolgen wie bisher bundesbezogen durch die Bundesauswertungsstelle. Die Auswertungen und der Strukturierte Dialog für das Modul Dialyse erfolgen landesbezogen.

Zum Zeitpunkt des Stichtags waren Anpassungen bezüglich des neuen zentralen Standortregisters nicht abschließend beraten. Die Beratung wurde erst in der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 abgeschlossen. Das IQTIG empfiehlt daher die unter den bekannten Aspekten (Abschnitt 3.3) und den in der AG DeQS-RL erzielten Beratungsergebnissen als am sinnvollsten eingeschätzte Lösung.

Aufgrund der zum Stichtag bekannten (dissent) Formulierungen in den themenspezifischen Bestimmungen ist die Einwilligung nach § 15e TPG zur Übermittlung der ET-Nummer notwendig. Zum Zeitpunkt des Stichtags war seitens des IQTIG noch unklar, ob es für die Übermittlung der QS-Daten einer separaten Einwilligung bedarf. In den Sitzungen der AG QSKH-DeQS am 01. Februar 2019 und der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 wurde entschieden, dass keine separate Einwilligung notwendig ist. Die entsprechende Empfehlung ist in Abschnitt 4.2.1 beschrieben.

⁷ Die QS-Daten dürfen auch ohne Einwilligung (ohne patientenidentifizierende Daten) exportiert werden.

Beschreibung der Änderungen im vorliegenden Dokument

Die Änderungen der Spezifikation im vorliegenden Dokument werden gegenüber dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Umsetzung für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen dargelegt.

In den Datenfeldbeschreibungen und QS-Filter-Anwenderinformationen wird kein Änderungsmodus dargestellt, da keine vorausgehende Beschlussfassung existiert, auf die sich der Änderungsmodus beziehen kann. Da die Datenfeldbeschreibungen auf den am 16. Oktober 2017 beim G-BA eingereichten Empfehlungen basieren, sind die Nummerierungen der Datenfelder nicht durchgehend chronologisch.

Die in den QS-Filter-Anwenderinformationen aufgeführten ICD- und OPS-Kodes basieren auf den Klassifikationen „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)“ und „Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für das Jahr 2018. Die EBM-Kodes basieren auf dem im Abschlussbericht des AQUA-Instituts dargestellten Stand. Dies wird in den Dokumenten mit entsprechenden Fußnoten kenntlich gemacht.

2 Vorgehensweise und Prüfschritte

Um eine Spezifikation zu entwickeln, die durch alle Verfahrensteilnehmer bestmöglich umgesetzt werden kann, ist eine Abstimmung mit Softwareherstellern, Datenannahmestellen und weiteren Beteiligten notwendig.

Mit der ursprünglich beauftragten dreimonatigen Umsetzungszeit für das neue QS-Verfahren „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET)“ konnte diese Abstimmung nicht erfolgen. Zudem war eine rein technische Prüfung der Empfehlungen aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts gefordert. Am 14. November 2017 hat die AG Qesü-RL des G-BA entschieden, dass die Datenerfassung für das QS-Verfahren erst am 1. Januar 2020 beginnt, mit dem Ziel, dass gemeinsam mit den Softwareherstellern ein praktikables Verfahren für den Regelbetrieb 2020 entwickelt wird. Der G-BA hat das IQTIG am 18. Oktober 2018 erneut beauftragt.

Folgende Abbildung zeigt die notwendigen Meilensteine auf:

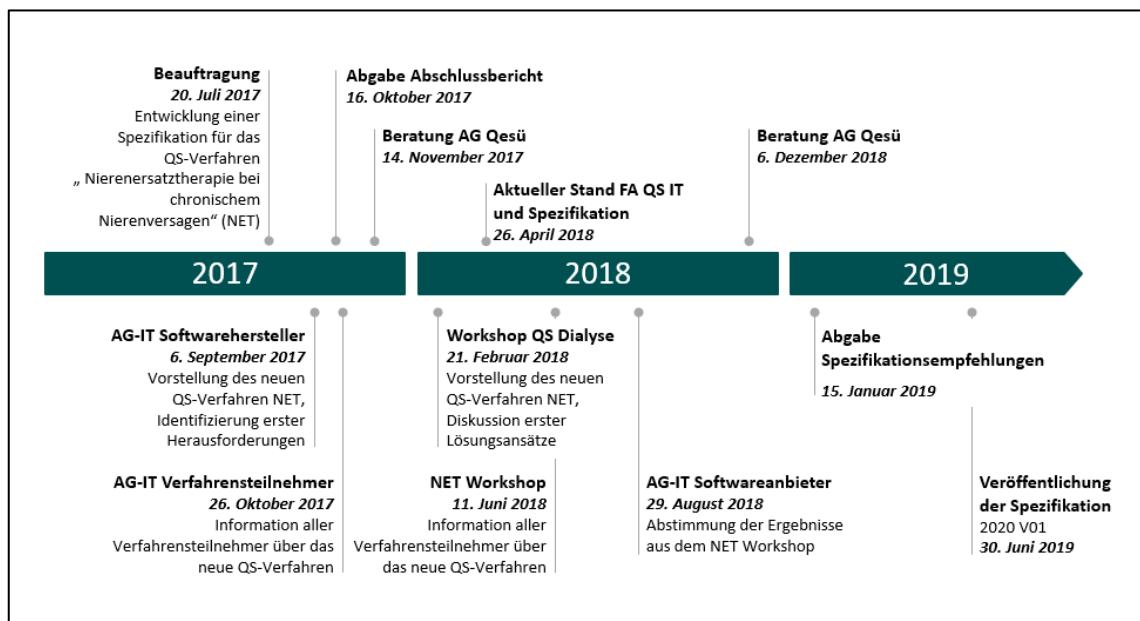


Abbildung 1: Abstimmungszeitraum Verfahren QS NET

Im Folgenden werden die durch das IQTIG vorgenommenen Prüfungen der Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts und die Ergebnisse aus Abstimmungen mit Softwareanbietern beschrieben.

2.1 Prüfung der Vorgaben des Abschlussberichtes

Die Vorgaben des Abschlussberichtes „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen“ des AQUA-Instituts vom 08. Februar 2016 wurden durch das IQTIG insbesondere in Bezug auf folgende Punkte geprüft:

Prüfung von Datenfeldern zur Indikatorberechnung

Das AQUA-Institut hat in seinem Abschlussbericht für das Verfahren *QS NET* Indikatoren vorgeschlagen, mit denen viele Aspekte der im Rahmen der Themenerschließung formulierten Qualitätspotenziale abgebildet werden. Die hierfür notwendigen Datenfelder wurden im Rahmen der Spezifikationserstellung geprüft.

Prüfung der Erforderlichkeit von Datenfeldern

Alle Datenfelder wurden daraufhin geprüft, ob sie einem relevanten Verwendungszweck zugeordnet werden können und somit in die QS-Dokumentation aufgenommen werden müssen (Abschnitt 3.1). Folgende Datenfelder wurden geprüft:

- Datenfelder, die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts enthalten waren
- Datenfelder, die in den ehemaligen Modulen PNTX und PNTXFU nach QSKH-RL enthalten waren
- Neue Datenfelder, die in Gesprächen mit Softwareanbietern und dem G-BA vorgeschlagen wurden

Die Ergebnisse sind in Kapitel 4 beschrieben.

Prüfung der technischen Umsetzbarkeit

Weitere Abweichungen vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts begründen sich durch eine optimale technische Abbildung innerhalb der Spezifikation, die durch Softwarehersteller bestmöglich umgesetzt werden kann.

2.2 Abstimmung mit den Softwareanbietern

Am 21. Februar 2018 wurde der Workshop „QS Dialyse“ im IQTIG durchgeführt, an dem Softwareanbieter teilnahmen, die das Verfahren *QS Dialyse* umsetzen. Im Rahmen des Workshops wurde den Softwareanbietern das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET)* vorgestellt. Darüber hinaus wurden aktuelle Herausforderungen diskutiert und erste Lösungsansätze erarbeitet.

Das IQTIG hatte im Vorfeld die Vermutung angestellt, dass die Softwarehersteller des bisherigen Verfahrens *QS Dialyse* zum Teil Dialysesoftware in Kombination mit Abrechnungssoftware, Labordatenerhebung und Schnittstellen zu Fremdsystemen (z. B. Vernetzung mit Dialysemaschinen verschiedener Hersteller) anbieten. Die Basisspezifikation wird jedoch von einem größeren Markt von Softwareherstellern bedient, die ggf. nicht über erforderliche Schnittstellen verfügen. Es wurde daher davon ausgegangen, dass die Umsetzung durch Spezialanbieter im ambulanten und teilstationären Sektor unproblematisch ist, da es sich um vollautomatisierte Prozesse handelt. Diese Vermutung konnte in diesem Workshop bestätigt werden.

Am 11. Juni 2018 fand ein weiterer Workshop im IQTIG statt, an dem Softwareanbieter aus dem vertragsärztlichen Bereich und dem Krankenhausbereich teilgenommen haben. In diesem Workshop wurden gemeinsame Lösungsansätze erarbeitet, die für beide Bereiche geeignet sind.

Die Ergebnisse des Workshops wurden am 29. August 2018 im Softwareanbietertreffen des IQTIG vorgestellt und seitens aller dort vertretenen Softwareanbieter für umsetzbar befunden.

Eine weitere Vorstellung des Verfahrens erfolgte in einer Auftaktveranstaltung für Softwareanbieter im niedergelassenen Bereich am 5. September 2018.

Nachfolgend werden die diskutierten Probleme und deren Lösungsansätze dargestellt. Hierbei werden insbesondere die folgenden Fragestellungen betrachtet:

- Auslösung von teilstationären Dialysebehandlungen
- Auswirkungen der fehlenden Falldefinition für teilstationäre Dialysebehandlungen auf die Sollstatistik
- Identifizierung von dokumentationspflichtigen Teildatensätzen
- Automatischer Abgleich der Verlaufsdaten mit vorherigen QS-Fällen
- Möglichkeiten zur Nutzung existierender Schnittstellen

Auslösung von teilstationären Dialysebehandlungen

Die Herausforderungen bei der Entwicklung des Verfahrens bestanden in folgenden Punkten:

- Die Definition des administrativen Kriteriums war unklar, da es sich nach den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts weder um ein langes noch um ein kurzes Überliegeverfahren handelt.
- Die Abgrenzungskriterien für teilstationäre Dialysen waren nicht klar, da es in der Praxis keine einheitliche Falldefinition für teilstationäre Dialysebehandlungen gibt. Da jedes Krankenhaus selbst entscheiden kann, ob es einen Fall pro Behandlung, pro Quartal oder mit einem anderen Zeitbezug definieren möchte, kommt es in der Praxis zu einer heterogenen Abrechnungsweise.

Aus diesem Grund stellte sich die Frage, ob Aufnahme- und Entlassungsdatum unter diesen Bedingungen als Abgrenzungskriterium genutzt werden können. Laut Abschlussbericht des AQUA-Instituts soll die Funktionsweise des Verfahrens darin bestehen, dass bei der ersten Dialysebehandlung im Quartal ein Basisbogen zu dokumentieren ist und für die einzelnen Dialysebehandlungen innerhalb des Aufenthaltes/Behandlungsfalls jeweils entsprechende Teildatensätze (Dialyse-Bögen) anzulegen sind. Durch die fehlende Falldefinition kann es jedoch dazu kommen, dass bei jeder Dialysebehandlung ein neuer Basisbogen ausgelöst wird. Aufgrund des unangemessen hohen Dokumentationsaufwandes, der damit einhergehen würde, sollte dies aus Sicht des IQTIG jedoch vermieden werden.

Da es sich bei der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer um eine Spezifikation für eine fallbezogene Dokumentation handelt, bildet der Fallbezug in den Abrechnungsdaten einen grundlegenden Baustein für den QS-Filter. Auch im Rahmen der Diskussion mit Softwareanbietern hat sich gezeigt, dass der Fallkontext beim Modul DIAL daher bestehen bleiben muss, auch wenn damit ggf. die oben beschriebene Problematik einhergeht.

Aufgrund der derzeit in der Praxis herrschenden heterogenen Abrechnungsweise kann das Problem nicht durch die Spezifikation des IQTIG gelöst werden. Die Problematik der fehlenden Fall-

definition könnte jedoch über die Softwareanbieter eingegrenzt werden, indem diese den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer beispielsweise durch Automatismen⁸ so gering wie möglich halten. Das IQTIG wird daher eine entsprechende Umsetzungsempfehlung in die technische Dokumentation aufnehmen.

Zudem wird empfohlen, das Verfahren auf ein langes Überliegeverfahren umzustellen, um eine Einheitlichkeit mit den anderen QS-Verfahren herzustellen.

Auswirkungen der fehlenden Falldefinition auf die Sollstatistik

Aufgrund des Fehlens einer konkreten Falldefinition für teilstationär durchgeführte Dialysebehandlungen können die Fallzahlen der (teil-)stationären Leistungserbringer weder untereinander noch mit den Fallzahlen der Leistungserbringer aus dem ambulanten, vertragsärztlichen Bereich verglichen werden.

Mit Softwareherstellern wurde diskutiert, ob eine Sollstatistik auf Prozedurebene (z. B. mithilfe von Zählleistungsbereichen) umsetzbar wäre. Aufgrund der folgenden Probleme empfiehlt das IQTIG jedoch zunächst keine Umsetzung von Zählleistungsbereichen:

- Zur Ermittlung der Sollzahlen auf Prozedurebene im teilstationären Bereich wäre die Kombination aus OPS-Code und OPS-Datum notwendig. Seitens der Softwarehersteller wurde bereits in der Vergangenheit angemerkt, dass die Angabe des OPS-Datums bzw. der OPS-Uhrzeit zwar abgefragt werden kann, diese jedoch nicht valide ist. Der Grund liegt darin, dass das nach § 21 vorhandene Datenfeld nicht präzise definiert ist. Es kann sich hierbei beispielsweise um den Schnittbeginn, den Maßnahmenbeginn oder um eine andere Zeitangabe der Prozedur handeln. Bei Prozeduren, für die keine Startzeit (HHMM) erfasst ist, kann außerdem ‚JJJJMMTT0000‘ angegeben werden.
- Bei der kontinuierlichen Peritoneal-Dialyse (PD) ist eine Ermittlung der Sollzahlen auf Prozedurebene nicht möglich, da die Dialyse von der Patientin / vom Patienten selbst zu Hause durchgeführt wird. Bei dieser Form der Dialyse ist es schwierig, ein geeignetes Kriterium für die Auslösung von Teildatensätzen und somit zur Ermittlung der entsprechenden Sollzahlen zu definieren. Die Ärztin bzw. der Arzt bekommt die PD-Leistung für die Patientin bzw. den Patienten wöchentlich pauschal vergütet, jedoch gibt es für Softwareanbieter keine Anhaltspunkte im System für eine Prüfung hinsichtlich der Anzahl der durchgeführten Dialysebehandlungen.
- Im vertragsärztlichen Bereich wird die Dialysebehandlung über EBM-Kodes abgerechnet. Über diese Kodes ist die Ermittlung der tatsächlich durchgeführten Dialysebehandlungen nicht möglich, da für die Abrechnung im ambulanten Bereich eine Wochenpauschale gilt. Die Wochenpauschale gilt für mindestens drei Behandlungen. Da die Teildatensätze nicht pro Wochenpauschale sondern pro tatsächlich durchgeführter Behandlung dokumentiert werden sollen, lässt sich aus der Abrechnung der Wochenpauschale nicht auf die Anzahl der Dialysen schließen.

⁸ Zum Beispiel automatisches Befüllen von bereits dokumentierten Inhalten, Klonen des Basisbogens usw.

Identifizierung von dokumentationspflichtigen Teildatensätzen

Da die Dokumentation der Dialyse-Teildatensätze in diesem Verfahren von besonderer Relevanz ist, wurde mit Softwareanbietern diskutiert, ob diese Teildatensätze automatisiert durch die Software identifiziert und „ausgelöst“ werden können. Hierbei ist zu beachten, dass der Dialyse-Teildatensatz unter bestimmten Bedingungen nur einmal ausgefüllt werden muss, z. B. bei Patientinnen und Patienten, die die Dialyse selbst bei sich zu Hause durchführen (kontinuierliche Peritoneal-Dialyse (PD)).

Genauso wie die Problematik der fehlenden Falldefinition kann auch die Identifizierung dokumentationspflichtiger Teildatensätze nicht durch die Spezifikation des IQTIG gelöst werden. Das IQTIG wird eine entsprechende Empfehlung für Softwarehersteller in die technische Dokumentation aufnehmen.

Automatischer Abgleich der Verlaufsdaten mit vorherigen QS-Fällen

Gemäß Abschlussbericht des AQUA-Instituts ist vorgesehen, dass die Angaben zu den Verlaufsdaten⁹ und die damit einhergehende umfangreiche Datenerhebung auf dem Basisbogen platziert werden sollen. Es wird diskutiert, ob und (wenn ja) wie ein Datenabgleich zu vorherigen QS-Fällen im Verfahren QS NET erfolgen soll und kann, um den Dokumentationsaufwand möglichst gering zu halten.

Einige Softwareanbieter berichten, dass sie über die technischen Möglichkeiten verfügen, die eingegebenen Daten mit den bisherigen Daten zu vergleichen, wohlwissend, dass die Reihenfolge der Dokumentation nicht der chronologischen Reihenfolge der Behandlungen entsprechen muss. Sie können somit den Leistungserbringer dahingehend unterstützen. Daraus resultierend wird das IQTIG die Umsetzungsempfehlung der automatischen Übernahme in die technische Dokumentation für Leistungserbringer aufnehmen, jedoch keine verpflichtenden Regularien schaffen.

Zur technischen Unterstützung ist man übereingekommen, die Verlaufsdaten, obgleich sie in einer 1:1-Beziehung zum Basisbogen stehen, in einem separaten Teildatensatz umzusetzen.

Möglichkeiten zur Nutzung existierender Schnittstellen

Laut Abschlussbericht des AQUA-Instituts finden Dialysebehandlungen unter hochtechnisierten Bedingungen statt, die den Leistungserbringer durch unterstützende Softwarelösungen in der täglichen Dokumentation entlasten. Es wird von einem geringen Dokumentationsaufwand ausgegangen, da viele Angaben z. B. im Praxisverwaltungssystem vorliegen und automatisiert in die QS-Dokumentation übernommen werden können.

Das IQTIG befragte die Softwarehersteller, ob diese Annahme bestätigt werden kann. Seitens der Softwarehersteller wird zurückgemeldet, dass nur wenige Schnittstellen zwischen den einzelnen Systemen aus dem stationären und niedergelassenen Bereich vorhanden sind.

⁹ Filterfeld „Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?“ (ja/nein)

Abstimmungen zu einzelnen Datenfeldern

Änderungen an den folgenden Datenfeldern im Modul DIAL wurden ebenfalls mit Softwareanbietern abgestimmt. Die Änderungen sind in Abschnitt 4.1.1 beschrieben:

- „Aufnahmedatum Krankenhaus“
- „Beginn der chronischen Dialysetherapie“¹⁰
- „Neuer Dialysepatient“¹¹
- „Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?“
- Datenfelder zu Aufklärungsgesprächen
- Datenfelder zu Komorbiditäten
- „Entlassungsdatum Krankenhaus“
- „Dialyseverfahren“
- „Prozedurenschlüssel“
- „Gebührenordnungsposition (GOP)“
- „Dialysedatum“

2.3 Abhängigkeit der Spezifikationsempfehlungen

Ab dem 1. Januar 2020 soll das neue sektorenübergreifende QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* in den Regelbetrieb übernommen werden. Hierzu ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten (z. B. ET-Nummern) im Rahmen dieses Transplantationsverfahrens zu spezifizieren. Die derzeit vorgesehene Umsetzung einer Pseudonymisierung der ET-Nummern im neuen Verfahren QS NET ist nur gemeinsam mit allen anderen Transplantationsverfahren¹² realisierbar.

Das IQTIG empfiehlt daher die vorliegende Spezifikationsempfehlung nur dann umzusetzen, wenn für alle der folgend genannten beauftragten Spezifikationen ein entsprechender Beschluss durch das Plenum des G-BA vorliegt:

- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 für die QS-Verfahren der Transplantationsmedizin nach DeQS-RL“
- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen nach DeQS-RL“
- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL“ (inkl. Empfehlung zur Übergangsregelung der Follow-up-Module der Verfahren der Transplantationsmedizin gemäß QSKH-RL¹³)

¹⁰ Das Datenfeld „Beginn der chronischen Dialysetherapie“ wird umbenannt in „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“.

¹¹ Das Datenfeld „Neuer Dialysepatient“ wird umbenannt in „Ist der neue Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?“.

¹² Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXFU, LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTXFU) und zur Leber- und Nierenlebendspende (LLSFU, NLSFU)

¹³ In der Spezifikation gibt es für jedes Modul jeweils einen FU-Bogen, der sowohl für QSKH als auch für DeQS genutzt wird. Es wird nicht ein FU-Bogen pro Richtlinie umgesetzt.

3 Modulübergreifende Empfehlungen

Nachfolgend werden die Empfehlungen des IQTIG zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020¹⁴ zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastretransplantationen* nach DeQS-RL erläutert. Hierbei werden Empfehlungen zur Umsetzung für die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen unterschieden. Die Umsetzungsempfehlungen wurden mit Softwareanbietern abgestimmt.

Das Verfahren QS NET wird in der Spezifikation über drei Module abgebildet:

- DIAL = Dialysebehandlungen

Über dieses Modul werden Patientinnen und Patienten betrachtet, die in einer ambulanten nephrologischen Einrichtung oder im Rahmen eines teilstationären Aufenthalts mindestens eine Dialyse aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz erhalten haben.

- PNTX = Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation

Hier werden Patientinnen und Patienten betrachtet, bei denen während eines stationären Krankenhausaufenthalts mindestens eine Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastretransplantationen vorgenommen wurde.

- PNTXFU = Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation Follow-up

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020 beschrieben, die für alle Module (DIAL, PNTX bzw. PNTXFU) gelten.



Hinweis zu richtlinienübergreifenden Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen zur Spezifikation werden in den Gremien des G-BA beraten und konsentiert. Da die im Folgenden beschriebenen Empfehlungen zu Modulen der Basisspezifikation richtlinienübergreifend vorgenommen werden, ist eine Beratung in allen betroffenen Gremien erforderlich.

3.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen

In den aktuellen Richtlinien des G-BA werden die Verwendungszwecke von Datenfeldern in die folgenden vier Kategorien aufgeteilt:

- Daten für die Fallidentifikation
- Datenfelder für die Indikatorberechnung
- Datenfelder für die Basisauswertung
- technische und anwendungsbezogenen Gründe

¹⁴ Das Erfassungsjahr ist in der Spezifikation definiert als das Jahr der Aufnahme bzw. der Behandlung der Patientin / des Patienten, auf die/den sich die Auslösung einer fall- oder einrichtungsbezogenen Dokumentationspflicht bezieht.

Im Rahmen der Verfahrenspflege hat sich gezeigt, dass diese vier Kategorien einer genaueren Definition bedürfen. In bestimmten Fällen war nicht immer eindeutig, welche Kategorie für welchen Verwendungszweck genutzt werden sollte. Beispielsweise waren für Datenfelder, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs, zur Risikoadjustierung oder im Rahmen von Kennzahlen genutzt werden sollen, die Kategorien unklar. Auch hat sich gezeigt, dass viele Kreuze nach Übergabe vom AQUA-Institut an das IQTIG nicht immer nachvollzogen werden konnten.

Seit der Spezifikation 2017 hat das IQTIG in mehrstufigen Prüfverfahren alle Datenfelder, die ausschließlich für die „Basisauswertung“ in der Spezifikation vorgesehen sind, auf ihre Erforderlichkeit vor dem Hintergrund des Gebots der Datensparsamkeit (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V) geprüft. Datenfelder, die keinem relevanten Verwendungszweck zugeordnet werden können, werden nicht durch das IQTIG erhoben. In diesem Zusammenhang ist die korrekte Zuordnung von Datenfeldern zu den vier Kategorien von besonderer Relevanz.

Für das Erfassungsjahr 2020 hat das IQTIG daher folgende Definitionen für die vier Kategorien festgelegt und die Erforderlichkeitstabellen entsprechend überarbeitet. Diese Überarbeitung betrifft beispielsweise folgende Punkte:

- Sämtliche Verwendungszwecke in den Erforderlichkeitstabellen wurden anhand der neuen Kriterien auf Korrektheit überprüft.
- Alle Erforderlichkeitstabellen wurden auf Vollzähligkeit geprüft.
- Überschriften und Fußnoten wurden auf inhaltliche Korrektheit geprüft.¹⁵
- Sich daraus ergebende Anpassungen wurden identifiziert und vorgenommen. Diese werden im Änderungsmodus dargestellt.

Da sich die Erforderlichkeitstabellen immer auf ein zukünftiges Erfassungsjahr beziehen, sind im Folgenden auch geplante Verwendungszwecke (z. B. geplante Indikatoren) gemeint. Ein Kreuz wird bei „Listenfeldern“ auch gesetzt, wenn nur eines der unter den Bullet-Points dargestellten Felder der Kategorie entspricht.

3.1.1 Daten für die Fallidentifikation

Das Kreuz in der Kategorie „Daten für die Fallidentifikation“ wird gesetzt, wenn:

- ein Datenfeld zur Überprüfung einer korrekten Auslösung durch den QS-Filter genutzt werden kann.¹⁶

¹⁵ Beispielsweise wurde bisher über eine Fußnote beschrieben, dass die Exportfelder aus den Informationen berechnet werden, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Laut der bisherigen Fußnote existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Information exportiert wird (Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“). Da es nicht auszuschließen ist, dass weitere Datenfelder in der QS-Dokumentation von Relevanz sind, obwohl sie nicht an das IQTIG exportiert werden müssen, und weil nicht alle Exportfelder berechnete Felder sind, empfiehlt das IQTIG die Fußnote zu streichen.

¹⁶ Beispiel: Die Datenfelder Aufnahmedatum und Entlassungsdatum erhalten ein Kreuz in dieser Kategorie, da diese auch im QS-Filter verwendet werden. Über Plausibilitätsregeln kann geprüft werden, ob der Fall tatsächlich im Erfassungsjahr behandelt wurde, sodass der Dokumentationsbogen bei Bedarf wieder storniert werden kann.

Damit ist eine technische Fallidentifikation gemeint, die die Dokumentationspflicht eines QS-Bogens bzw. eines Falles abbildet.

- es sich um Datenfelder zu patienten- oder leistungserbringeridentifizierenden Angaben handelt.¹⁷

In diesem Fall handelt es sich um eine gruppierungstechnische Fallidentifikation. Diese ordnet einen QS-Bogen bzw. einen Fall einem bestimmten Leistungserbringer zu oder ermöglicht die Verknüpfung verschiedener zusammengehöriger Fälle im Rahmen von Follow-up-Verknüpfungen.

- es sich um Datenfelder zur Fallidentifikation im Rahmen von verknüpfbaren Fällen (z. B. zur Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie) handelt.

In diesem Fall handelt es sich ebenfalls um die Identifikation verschiedener zusammengehöriger Fälle im Rahmen von Follow-up-Verknüpfungen.

- das Datenfeld für eine Identifizierung des Falles im Strukturierten Dialog herangezogen werden kann.¹⁸

Hierbei wird eine anwenderbezogene Fallidentifikation betrachtet, die es dem Leistungserbringer ermöglicht, einen bestimmten QS-Bogen bzw. Fall möglichst aufwandsarm im Datenbestand zu finden.

3.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung

Das Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ wird gesetzt, wenn:

- das Datenfeld im Rahmen von Qualitätsindikatoren (Rechenregeln) für Verfahren nach Richtlinien des G-BA zur Anwendung kommt oder zur Berechnung von indikatorrelevanten Feldern notwendig ist. Diese Kategorie meint ebenfalls Datenfelder, die zum Ausschluss von Fällen aus der Grundgesamtheit benötigt werden.
- das Datenfeld zur Indikatorberechnung für einzelne Bundesländer zur Anwendung kommt.
- die Angabe zwar nicht in der Rechenregel selbst referenziert wird, aber zur Aggregation/Gruppierung im Rahmen der Indikatorberechnung nötig ist.¹⁹ Hierunter fallen auch z. B. Datenfelder im Rahmen der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie, die zur Generierung eines Pseudonyms herangezogen werden. Diese werden zur Berechnung von Follow-up-Indikatoren benötigt.
- das Datenfeld zur Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

¹⁷ Zum Beispiel „eGK-Versichertennummer“, „Institutionskennzeichen“, „ET-Nummer“.

¹⁸ Zum Beispiel Vorgangsnummer.

¹⁹ Zum Beispiel Institutionskennzeichen, entlassender Standort usw.

- das Datenfeld (ggf. unter Einbeziehung weiterer Felder) zur Berechnung eines Auffälligkeitskriteriums (AK) genutzt wird und das AK zur Validierung ebendieses (indikatorrelevanten) Feldes verwendet wird.²⁰
- das Datenfeld im Rahmen von Kennzahlen zur Anwendung kommt. Hierbei werden Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen²¹ wie Qualitätsindikatoren behandelt. Da Kennzahlen berichtspflichtig sind, stellen diese einen QS-relevanten Verwendungszweck dar. Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen können in kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen unterteilt werden.

3.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung

Das Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Basisauswertung“ wird gesetzt, wenn:

- das Datenfeld im Kapitel „Basisauswertung“ in der Bundesauswertung dargestellt wird.
- das Datenfeld in einem AK zur Anwendung kommt, das zur Validierung eines anderen Feldes verwendet wird.²²
- das Datenfeld Verwendung im Strukturierten Dialog findet.
- das Datenfeld zur Datenvalidierung für Verfahren nach Richtlinien des G-BA herangezogen wird.
- das Datenfeld zu Registerzwecken genutzt wird.

3.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe

Das Kreuz in der Kategorie „technische und anwendungsbezogene Gründe“ wird gesetzt, wenn

- das Feld ein Filterfeld einer Feldgruppe ist.
- das Feld im Sinne einer Restekategorie benötigt wird.²³ Das Kreuz wird nur gesetzt, wenn es sich um ein eigenständiges Feld handelt. Diese Regelung gilt nicht für Felder, die Bestandteil einer Liste im Sinne von Bullet-Points sind.
- das Datenfeld in einem AK zur Anwendung kommt, das eine Unter- oder Überdokumentation bewertet und somit aus technischen Gründen im Rahmen des Soll-Ist-Abgleichs notwendig ist.

²⁰ Beispiel: Das AK 850336 im Modul KEP hat zum Ziel, die häufige Angabe der Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur zu bewerten. Da das Feld „Entlassungsdiagnose(n)“ zur Indikatorberechnung benötigt wird und die Validität in diesem Feld daher von besonderer Wichtigkeit ist, wird das Kreuz in der Spalte „Datenfelder zur Indikatorberechnung“ durch dieses AK zusätzlich gestützt.

²¹ Da derzeit noch keine verfahrensspezifischen Kennzahlen etabliert sind, werden sie aktuell noch nicht als relevanter Verwendungszweck in den Erforderlichkeitstabellen geführt.

²² Beispiel: Das AK 850312 im Modul 15/1 hat zum Ziel, fehlende Angaben von Komplikationen bei hoher Verweildauer zu bewerten. Das Datenfeld „Operation“ wird zur Berechnung dieses AK verwendet, obwohl das AK nicht das Feld „Operation“ bewertet, sondern die Felder „intraoperative Komplikationen“ und „postoperative Komplikation(en)“. Das AK kann daher nicht als Begründung der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ herangezogen werden, sondern nur für „Datenfelder für die Basisauswertung“.

²³ Beispiel: Das Datenfeld „Patient ist nicht gesetzlich versichert“ dient der Dokumentation der Fälle, bei denen das Feld „eGK-Versichertennummer“ nicht befüllt werden kann.

- es sich um ein berechnetes Feld handelt, das in Mehrfachregeln zur Anwendung kommt. Diese Datenfelder werden im Rahmen des Datenflusses beispielsweise durch Datenannahmestellen (z. B. über das Datenprüfprogramm) genutzt.
- das Feld aus anderen anwendungsbezogenen Gründen benötigt wird. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn das Feld zwingend erforderlich ist, um den Zusammenhang zu anderen Feldern zu gewährleisten. Beispielsweise kann es sich hierbei um Datenfelder handeln, die selbst nicht zur Indikatorberechnung verwendet werden, ohne die jedoch der Zusammenhang zu anderen relevanten Datenfeldern im Dokumentationsbogen nicht mehr hergestellt werden kann.²⁴

3.2 Eindeutige Vorgangsnummer

Die Leistungserbringer erzeugen eine in ihrer QS-Software eindeutige Vorgangsnummer, die ihnen die Reidentifikation der Fälle ermöglicht. Die Bundesauswertungsstelle benötigt bundesweit eindeutige Vorgangsnummern z. B. für Updates, Storno und Zählung von Datensätzen. Für den stationären Bereich gewährleisteten bisher Datenannahmestellen die Übersetzung der Leistungserbringer-Vorgangsnummern in bundesweit eindeutige Vorgangsnummern.

Ab 2019 sollen die Rückmeldeberichte der Bundesauswertungsstelle an die Leistungserbringer so verschlüsselt übertragen werden, dass die Datenannahmestellen keine Möglichkeit der Einsichtnahme haben. Deshalb wird in der Spezifikation 2019 gewährleistet, dass die Vorgangsnummer des Leistungserbringers als Suffix nach einem eindeutigen Trennzeichen (#) erkennbar ist, sodass Rückübersetzungen der Vorgangsnummern für Rückmeldeberichte durch Datenannahmestellen nicht mehr erforderlich sind.

Ab 2020 soll ein 36-stelliger pseudozufälliger Globally Unique Identifier (GUID) eingeführt werden, der die Datensätze beim Leistungserbringer und bundesweit eindeutig identifiziert, ohne Rückschlüsse auf den Leistungserbringer oder Patientinnen/Patienten zuzulassen.

Damit die Leistungserbringer bei Rückmeldungen nicht gezwungen sind, die Fälle mit der unhandlich langen GUID zu identifizieren, sollen sie außerdem wie bisher eine nur für ihre Software eindeutige Vorgangsnummer generieren und weiterleiten. Eine Veränderung dieser Vorgangsnummer durch die Datenannahmestellen zur Gewährleistung einer bundesweiten Eindeutigkeit ist nicht mehr nötig.

Zur Identifizierung der Fälle kann beim Leistungserbringer auch auf die GUID oder Teile davon zurückgegriffen werden. Dies könnte nötig werden, falls bei einem Leistungserbringer, die kurzen Vorgangsnummern nicht eindeutig sind, weil für ein QS-Verfahren mehrere Software-Instanzen verwendet werden.

²⁴ Beispiel: Das Datenfeld „Extension/Flexion 1 bei Entlassung“ im Modul HEP wird in keiner Rechenregel verwendet, ist jedoch im Sinne der Feldzugehörigkeit sinnvoll, um den Kontext der folgenden (indikatorrelevanten) Datenfelder „Extension/Flexion 2 bei Entlassung“ und „Extension/Flexion 3 bei Entlassung“ herzustellen.

3.3 Standortangaben

Aufgrund der Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen (zentrales Standortregister) ergeben sich notwendige Änderungen an der Spezifikation. Wie diese Änderungen ausgestaltet werden, hängt von den Anforderungen des G-BA an die Auswertung, an die Sollstatistikerstellung und an die Pseudonymisierung von leistungserbringeridentifizierenden Daten ab. Um diese Anforderungen abzuklären, hat das IQTIG in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation am 8. November 2018 verschiedene Fragestellungen aufgeworfen.

Da in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden konnten, wurde die Beratung erst in der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 abgeschlossen. Weil es sich um eine modulübergreifende Empfehlung handelt, die gleichermaßen die Anforderungen an Verfahren nach DeQS-RL und Verfahren nach QSKH-RL abdecken soll, werden im Folgenden Aspekte aller Verfahren beschrieben.

Aufnahme des neunstelligen Standortkennzeichens

Mit Einführung des neuen zentralen Standortregisters werden neue neunstellige Standortkennzeichen eingeführt. Die bisherigen zweistelligen Datenfelder können daher nicht weiter bestehen bleiben. Ab dem Erfassungsjahr 2020 werden die bereits vorhandenen Datenfelder zu Standorten daher auf die neuen neunstelligen Kennzeichen umgestellt. Die Ausfüllhinweise und ergänzenden Bezeichnungen der Standortfelder werden entsprechend angepasst.

Manuelle Dokumentation der Standortfelder

Im Kontext des neuen zentralen Standortregisters wurden die technischen Anlagen nach § 301 bzw. § 21 SGB V um das neue Segment STA ergänzt, das die neunstelligen Standortkennzeichen beinhaltet. In den Sitzungen der AG Standorte wurde davon ausgegangen, dass mit Anpassung dieser Anlagen eine automatische Übernahme der Standorte in die QS- Dokumentationsbögen ermöglicht würde. In der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation des G-BA wurde jedoch festgestellt, dass die letztendlich vorgenommene Erweiterung der technischen Anlagen nicht für diesen Zweck genutzt werden kann, da die QS-relevanten Standortangaben dort nicht abgebildet werden.

Der Fachausschuss geht daher davon aus, dass die neuen neunstelligen Standortkennzeichen nicht automatisiert aus den Abrechnungsdaten in die QS-Software übernommen werden können. Hieraus ergibt sich eine ggf. notwendige manuelle Dokumentation.

Darstellung in der Sollstatistik

Das IQTIG hat in der AG-IT Softwarehersteller am 29. August 2018 über mögliche Lösungsansätze zur Umsetzung einer standortbezogenen Sollstatistik diskutiert. Seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde darauf hingewiesen, dass nur der entlassende (abrechnende) Standort und nicht der behandelnde Standort für die Sollstatistik herangezogen werden kann.

Das IQTIG merkt an, dass unter dieser Bedingung mehrere Standorte im Rahmen der Auswertungen berücksichtigt werden müssen (z. B. der operierende Standort als Auswertungseinheit/Berichtsempfänger und der entlassende Standort für die Datengrundlage sowie die

Unter-/Überdokumentation der entlassende Standort (SOLL)). Dies führt zu scheinbar widersprüchlichen Zahlen in den Auswertungen und reduziert damit die Verständlichkeit.

In der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation des G-BA wurde diskutiert, ob die Einschätzung der Softwarehersteller geteilt würde und die Verantwortung für eine Unter- oder Überdokumentation tatsächlich beim entlassenden Standort liegen soll. In den Diskussionen hat sich herausgestellt, dass unabhängig von der Darstellung in der Sollstatistik die Verantwortung für die Vollständigkeit immer beim Krankenhaus und nicht bei einzelnen Standorten liegen würde.

Hieraus ergeben sich folgende Schlüsse:

- Die Auswertung soll auf dem behandelnden Standort basieren, da der entlassende Standort nicht immer der leistungserbringende Standort ist.
- Eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da dieser nicht der abrechnende oder die Dokumentation abschließende Standort ist und die Information auch nicht in den Abrechnungsdaten zur Verfügung steht.
- Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Unter-/Überdokumentation auf Ebene des entlassenden Standorts in den Berichten führt zu scheinbar widersprüchlichen Zahlen und ist nicht verständlich.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte empfiehlt das IQTIG, die Sollstatistik vom Standortbezug zu entkoppeln und auf Ebene des Institutionskennzeichens zu erstellen. Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Unter-/Überdokumentation in den Berichten soll daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens erfolgen.

Im Modul DEK wäre eine standortbezogene Sollstatistik möglich, da der entlassende Standort gleichzeitig der QS-relevante Standort ist. Um eine modulübergreifende Umsetzung zu gewährleisten, soll die Umstellung auf das Institutionskennzeichen jedoch auch für dieses Modul erfolgen.

Da die aktuellen Vorgaben der Richtlinien derzeit eine standortbezogene Sollstatistik fordern, empfiehlt das IQTIG die entsprechenden Stellen in den Regelungen/Richtlinien (QSKH-RL, DeQS-RL sowie Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser – Qb-R²⁵) anzupassen.

Erhebung mehrerer Standortpseudonyme

Der G-BA hat in der Sitzung der AG DeQS am 12. Februar 2019 entschieden, dass das Datenfeld „entlassender Standort“ in allen Modulen zunächst beibehalten werden soll. Nach etablierter Umstellung der Sollstatistik auf das Institutionskennzeichen kann das Datenfeld „entlassender Standort“ für das Erfassungsjahr 2021 erneut auf seine Erforderlichkeit geprüft werden.

²⁵ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 22. November 2018, in Kraft getreten am 30. November 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 03.01.2019).

3.4 Datenfeld „Geschlecht“

Aufgrund der Änderungen im Personenstandsgesetz zur Anerkennung von Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung wird der Schlüssel zum Datenfeld „Geschlecht“ für das Erfassungsjahr 2020 analog zur eGK-Versichertenkarte um den Schlüsselwert „divers“ ergänzt. 2018 wird das Gesetz auch für Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung erweitert. Der zusätzliche Schlüsselwert „divers“ wird daher ebenfalls für das neue QS-Verfahren eingeführt.

3.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“

Aufgrund von Änderungen in den technischen Anlagen nach § 301 und § 295 wird im Datenfeld „besonderer Personenkreis“ der Schlüsselwert „00 = kein besonderer Personenkreis“ ergänzt. Die übrigen Schlüsselwerte werden um eine führende Null erweitert.

Die Identifizierung der Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird aufgrund dieser Änderung in den technischen Anlagen in der Spezifikation mithilfe des Schlüsselwertes 00 (statt ehemals LEER) durchgeführt.

Da dieses Datenfeld im Abschlussbericht des AQUA-Instituts noch nicht enthalten war, wird es für dieses Verfahren neu eingefügt (Kapitel 4).

3.6 Abbildung von Follow-up-relevanten Informationen über die Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen

Im Abschlussbericht des AQUA-Instituts wird eine Follow-up-Betrachtung von zehn Jahren empfohlen. Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von Sozialdaten bei den Krankenkassen sieht jedoch eine Löschung der Sozialdaten nach fünf Jahren vor. Aus diesem Grund ist die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts dargestellte 10-Jahresbetrachtung nicht möglich.

▪ Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation

Momentan werden indikatorrelevante Informationen, die im Zusammenhang mit einem Transplantatversagen stehen, nicht über den QS-Filter bei den Sozialdaten erhoben. Um dies zukünftig über Sozialdaten abbilden zu können, wäre eine inhaltliche Weiterentwicklung notwendig, die nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikation bzw. der Beauftragung des G-BA ist.

Auch die Aussagekraft des Indikators „Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation“ kann erst mit dem Regelbetrieb und nach der ersten Auswertung geprüft werden.

▪ Dialyse

Die Qualitätsindikatoren zur 10-Jahres-Betrachtung im Modul Dialyse werden derzeit in den Gremien des G-BA diskutiert. Da die hierfür relevanten Informationen über die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erhoben werden, bestehen an dieser Stelle die oben beschriebenen Probleme nicht (vgl. Datenfeld „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“, S. 29).

Die modulspezifischen Empfehlungen für die Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen sind den Abschnitten 4.1.2 und 4.2.2 zu entnehmen.

4 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Hierbei wird auf die Änderungen bei der fallbezogenen QS-Dokumentation („QS-Filter“ und „QS-Dokumentation“) und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen („QS-Filter“) eingegangen.

4.1 Dialyse

Im Folgenden werden die modulspezifischen Empfehlungen für das Modul DIAL beschrieben.

4.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (DIAL)

Die Empfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer werden in Form der QS-Filter-Anwenderinformation, der Datenfelddescription (Datenfelder und Ausfüllhinweise), der Erforderlichkeitstabellen (Exportfelder) sowie einer Vorlage zur Sollstatistik abgebildet. Die fallbezogene QS-Dokumentation ist in die zwei Bereiche QS-Filter (Auslösung) und QS-Dokumentation (Daten- und Exportfelder) untergliedert.



Hinweis zu Exportfeldern

Für einzelne Datenfelder werden keine Klardaten, sondern berechnete Exportfelder übermittelt. Die im Folgenden aufgeführten Abschnitte beziehen sich auf Bogenfelder auf Dokumentationsebene. Welche Datenfelder nicht übermittelt werden, ist nicht im Detail beschrieben.

Die Exportfelder können den Erforderlichkeitstabellen entnommen werden.

QS-Filter (Auslösung)

Für den Bereich Dialyse sind alle Patientinnen und Patienten dokumentationspflichtig, die aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz dialysiert werden.

Folgende Änderungen der Auslösekriterien wurden im Vergleich zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgenommen:

- Über die ICD-Kodes werden die Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz identifiziert. Aus diesem Grund erfolgt eine Änderung hinsichtlich der Klammerung, so dass die chronische Niereninsuffizienz aus der Diagnoseangabe nicht nur in Kombination mit dem OPS-Code bei teilstationär durchgeführten Dialysen, sondern auch bei ambulant durchgeführten Dialysen in Kombination mit der Gebührenordnungsposition als Bedingung zur Auslösung führt.
- Das Verfahren wird auf ein langes Überliegenderverfahren umgestellt.
- Das Kürzel „GOP“ wird in den Listennahmen durch „EBM“ ersetzt, da dies das in der Basispezifikation etablierte Kürzel für Listennamen ist.

QS-Dokumentation (Daten- und Exportfelder)

Im Folgenden werden die Daten- und Exportfelder des Moduls DIAL in Bezug auf die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und in Zusammenhang mit ihrem Verwendungszweck (z. B. Indikatorrelevanz) erläutert.

Erster Teil des Basisbogens – Basis (B)

Um die Konsistenz der Abschnittsüberschriften in diesem Modul herzustellen, werden zwei neue Abschnittsüberschriften ergänzt:

- Basisdokumentation
- Abrechnungs- und leistungsbezogene Daten

Datenfeld „Status des Leistungserbringers“

In diesem Datenfeld wird angegeben, ob es sich um eine durch das Krankenhaus abgerechnete Leistung, eine vertragsärztliche Leistung oder eine Leistungserbringung durch Vertragsärztinnen und -ärzte im Rahmen von Selektivverträgen handelt. Das Datenfeld ermöglicht die Transformation des Moduls PCI in ein eigenständiges Exportmodul (z. B. DIAL_LKG, DIAL_KV oder DIAL_SV) und gewährleistet somit die Datenübermittlung an die jeweils zuständige Datenannahmestelle.

Analog zu dem Verfahren QS PCI wird ein modulübergreifender Ausfüllhinweis hinterlegt.

Neues Datenfeld „Art der Leistungserbringung“

Dieses Datenfeld wird zusätzlich in die QS-Dokumentation aufgenommen. Folgende Angaben können dokumentiert werden:

- ambulant erbrachte Leistungen
- teilstationär erbrachte Leistungen

Das Datenfeld wird beispielsweise zur Nutzung in Feldgruppenregeln verwendet.

Aktualisierung der Datenfelder zur Identifikation von GKV-Versicherten

Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird analog den Vorgaben des Abschlussberichts abgebildet. Es wird in Form eines Pflichtfeldes umgesetzt und dient der Überprüfung einer korrekten Auslösung durch den QS-Filter. Dieser gibt vor, dass die Angabe mit der Zeichenkette „10“ beginnen muss.

Ergänzend zum Abschlussbericht wird das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ in die QS-Dokumentation integriert. Es dient der Überprüfung einer korrekten Auslösung durch den QS-Filter. Dieser gibt vor, dass die Zeichenkette 00 angegeben werden muss.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

Das Datenfeld „eGK-Versichertennummer“ wird für die Erhebung von patientenidentifizierenden Daten herangezogen. Es ist zur Verknüpfung von Datensätzen bzw. zur Berechnung von FU-Indikatoren notwendig.

Datenfeld „Institutionskennzeichen“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Es dient als leistungserbringeridentifizierendes Merkmal und wird zur Erstellung der

Sollstatistik benötigt. Dieses Datenfeld muss nur befüllt werden, wenn der Status des Leistungserbringers „Krankenhaus“ ist.

Streichung des Datenfeldes „entlassender Standort“

Da die Sollstatistik zukünftig auf Basis des Institutionskennzeichens erstellt werden soll, kann dieses Datenfeld gestrichen werden.

Neues Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“

Da die Zuordnung zum entlassenden Standort in bereits bestehenden Verfahren in einigen Fällen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, wurden mit der Spezifikation 2018 zusätzliche Datenfelder zur Erhebung weiterer Standortangaben eingeführt. Diese sollen die Grundlage dafür schaffen, dass die Ergebnisse nicht wie bisher immer dem entlassenden Standort, sondern differenziert nach QS-Verfahren möglichst verlässlich dem erbringenden oder zuständigen Standort zugeordnet werden können. Für das Modul DIAL wird daher das zusätzliche Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ in die QS-Dokumentation aufgenommen. Das Datenfeld ist nur zu dokumentieren, wenn der Status der Leistungserbringung mit „Krankenhaus“ beantwortet wurde.

Datenfeld „Fachabteilung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld ist nur zu dokumentieren, wenn der „Status des Leistungserbringers“ mit „Krankenhaus“ und die „Art der Leistungserbringung“ mit „teilstationär erbrachte Leistung“ beantwortet wurde.

Datenfeld „Betriebsstättennummer ambulant“

Da vertragsärztliche Fälle den Vertragsärztinnen und -ärzten zugeordnet werden sollen, ist in diesen Fällen analog zu anderen QS-Verfahren die Betriebsstättennummer anzugeben. Dieses Datenfeld muss nur befüllt werden, wenn der Status des Leistungserbringers „Vertragsarzt“ oder „Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen“ ist.

Löschen des Datenfeldes „Nebenbetriebsstättennummer“

Da die belegärztlichen Leistungen in den themenspezifischen Bestimmungen explizit gestrichen wurden (Sitzungen der AG Qesü-RL am 26. September 2017 und am 10. Oktober 2017), ist die Erhebung der Nebenbetriebsstättennummer nicht mehr notwendig und das Datenfeld wird abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts nicht in die QS-Dokumentation aufgenommen. Der Grund liegt darin, dass es sich in diesem Verfahren bei den entsprechenden Dialysebehandlungen nur um Notfall- und Akut-Dialysen handeln kann, die nicht als belegärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Datenfeld „lebenslange Arztnummer“

Das Datenfeld wird aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts übernommen. Es muss nur befüllt werden, wenn der Status des Leistungserbringers „Vertragsarzt“ oder „Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen“ ist.

Dieses Datenfeld kann bei der Datenannahmestelle für das Modul DIAL_KV verwendet werden.

Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“

Da es sich bei diesem Datenfeld um ein modulübergreifendes Feld handelt, wird dieses zur Nutzung im Strukturierten Dialog in das Verfahren übernommen. Die einrichtungsinterne Identifikationsnummer wird der Patientin / dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an das IQTIG übermittelt.

Neues Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“

Dieses Datenfeld wird ergänzend zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts neu eingeführt, da es zur Überprüfung der korrekten Auslösung durch den QS-Filter benötigt wird. Der modulübergreifende Ausfüllhinweis wird analog zu anderen Verfahren ergänzt.

Das Datenfeld ist nur zu dokumentieren, wenn die „Art der Leistungserbringung“ mit „teilstationär erbrachte Leistung“ beantwortet wurde.

Datenfeld „Geburtsdatum“

Das Datenfeld wird aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts übernommen. Aus der Angabe in diesem Datenfeld wird das Patientenalter berechnet, das im Rahmen der Indikatorberechnung und zur Risikoadjustierung herangezogen werden soll.

Datenfeld „Geschlecht“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet und gemäß den in Abschnitt 3.4 beschriebenen Aktualisierungen umgesetzt. Die Angabe zum Geschlecht wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Therapiestatus“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. In diesem Datenfeld wird angegeben, ob sich die Patientin / der Patient in einer kurzzeitigen Dialysebehandlung (z. B. im Rahmen einer Gast-/Feriendialyse oder akut als Notfall) oder in ständiger Dialysebehandlung befunden hat. Diese Information ist beispielsweise im Rahmen von Feldgruppenregeln notwendig.

Datenfeld „Beginn der chronischen Dialyse“

Diese Angabe ist im Rahmen der Indikatorberechnung von besonderer Relevanz, da die Sterblichkeitsindikatoren ausgehend vom Beginn der Dialysebehandlung berechnet werden. Damit im Rahmen der Löschfristen von Datensätzen (Datenschutz) die Angabe in diesem Datenfeld nicht verlorengeht, wird dieses Datenfeld in Abweichung zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts als Pflichtfeld eingeführt (außerhalb der ursprünglich vorgesehenen Feldgruppe).

Um zu verdeutlichen, dass in diesem Datenfeld der erste Tag der dauerhaften Dialyse oder der Wiederbeginn der dauerhaften Dialyse nach Nierentransplantation gemeint ist, wird das ursprüngliche Datenfeld wie folgt umbenannt:

- „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“

Die Aufnahme des Zusatzes „Datum der Erstdialyse“ wird seitens hierzu befragter Softwareanbieter begrüßt, da dieses Datum jeder Patientin / jedem Patienten bekannt ist und in jedem

Arztbrief steht. Des Weiteren haben Softwarehersteller aus dem Dialysebereich zurückgemeldet, dass die Feldbezeichnung „Beginn der chronischen Dialyse“ im Rahmen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QS-D) bereits in der Vergangenheit zu vielen Missverständnissen geführt hatte und auch in diesem Zusammenhang umbenannt wurde. Daher wird empfohlen, das Wort „chronisch“ aus der Bogenfeldbezeichnung zu streichen.

Im Ausfüllhinweis wurde bisher beschrieben, dass eine Patientin / ein Patient eine chronische Dialysetherapie erhält, wenn dieser mindestens 13 Wochen ohne Unterbrechung und mindestens einmal pro Woche dialysiert wird. Zur Konkretisierung wird der Ausfüllhinweis dahingehend ergänzt, dass in diesem Fall das Datum der ersten Dialyse dieses Zeitraums und nicht das Datum der ersten Dialyse nach 13 Wochen anzugeben ist.

Bei vorangegangener Nierentransplantation gelten dieselben Bedingungen wie für die Meldung an Eurotransplant: Versagt die transplantierte Niere nach mehr als 90 Tagen nach der Transplantation, dann ist das Datum der ersten Dialyse nach Transplantatversagen anzugeben. Um diesen Sachverhalt noch besser zu erläutern wird ergänzt, dass bei 90 Tagen und weniger das Datum der Erstdialyse anzugeben ist.

Datenfeld „neuer Dialysepatient“

Dieses Datenfeld muss nur befüllt werden, wenn der Therapiestatus „ständige Dialysebehandlung“ ist.

Softwareanbieter haben darauf hingewiesen, dass die Datenfeldbezeichnung dahingehend konkretisiert werden sollte, dass hier die Ersterfassung im Erfassungsjahr gemeint ist. Weiterhin geht aus Sicht des IQTIG aus der Bogenfeldbezeichnung „neuer Dialysepatient“ die Intention des Datenfeldes nicht klar genug hervor. Aus diesem Grund wird das Datenfeld wie folgt umbenannt:

- „Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?“

Zudem wird für dieses Datenfeld der Ausfüllhinweis konkretisiert.

Dieses Datenfeld ist als Filterfeld zur Dokumentation weiterer Datenfelder von besonderer Relevanz. Daher wurde gemeinsam mit Softwareanbietern diskutiert, ob eine automatische Befüllung des Datenfeldes möglich ist:

- Das Datenfeld steuert eine umfangreiche Dokumentation zu Verlaufsdaten. Zur bestmöglichen Unterstützung der Leistungserbringer sollte das Datenfeld aus der Historie eines zeitraumübergreifenden patientenbezogenen Behandlungsverlaufes automatisiert abgeleitet werden. In dem bisher etablierten Verfahrenskontext der externen Qualitätssicherung ist hingegen nur der jeweils aktuelle Fallkontext im Datenmodell berücksichtigt.
- Eine automatische Befüllung kann nicht von jedem Softwarehersteller umgesetzt werden. Aus diesem Grund wird das IQTIG eine automatische Befüllung nicht als verpflichtend spezifizieren, jedoch in Form einer Umsetzungsempfehlung in der technischen Dokumentation platzieren, um die Dokumentation für den Leistungserbringer so einfach wie möglich zu gestalten.

Im Rahmen dieser Abstimmung wird dieses relevante Filterfeld als Existenzbedingung für einen neu konzipierten Teildatensatz „Verlaufsdaten (VD)“ verwendet.

Datenfeld „renale Grunderkrankung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur renalen Grunderkrankung wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

Dieses Datenfeld ist als Filterfeld zur Dokumentation weiterer Datenfelder von besonderer Relevanz. Daher wurde gemeinsam mit Softwareanbietern diskutiert, ob eine automatische Befüllung des Datenfeldes sowie der darauf folgenden Verlaufsdaten möglich ist (siehe Datenfeld „neuer Dialysepatient“).

Als Resultat dieser Abstimmung wird dieses relevante Filterfeld als Existenzbedingung für einen neu konzipierten Teildatensatz „Verlaufsdaten (VD)“ verwendet.

Teildatensatz Verlaufsdaten (VD)

Dieser neu konzipierte Teildatensatz ermöglicht eine einfachere und benutzerfreundlichere Dokumentation als die ursprünglich vorgesehene Abbildung über Feldgruppenregeln. Der Teildatensatz VD steht in einer 1:1-Verknüpfung zum Basisbogen und wird wie folgt dokumentiert:

- Wenn es sich um einen erstmals dokumentationspflichtigen Fall handelt, muss der vollständige Teildatensatz dokumentiert werden.
- Wenn es sich um einen Fall handelt, der bereits zu einem früheren Zeitpunkt dokumentiert wurde, sich jedoch die Verlaufsdaten geändert haben, müssen nur die betroffenen Datenfelder aktualisiert werden.

Neues Datenfeld „Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?“

Anhand dieses Datenfeldes kann ein Verlaufsdatensatz dem Basisbogen zugeordnet werden. Die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgeschlagene Bogenfeldbezeichnung für eindeutige Bogenfelder als laufende Nummer gründet sich auf Überlegungen für eine mögliche modulübergreifende Umbenennung. Die derzeitige, etablierte Benennung suggeriert eine chronologische Reihenfolge. Da das Datenfeld jedoch lediglich als Identifikationsnummer zur Verknüpfung von Teildatensätzen innerhalb eines Moduls fungiert, kann es sein, dass es nicht immer eine chronologische Reihenfolge abbildet. Da die Prüfprozesse in Bezug auf eine modulübergreifende Umbenennung noch nicht abgeschlossen sind, empfiehlt das IQTIG zunächst die etablierte Bogenfeldbezeichnung.

Datenfeld „Organisationsform der Dialysebehandlung“

Dieses Datenfeld wird ggf. für eine zukünftige Differenzierung der einzelnen Organisationsformen im Rahmen der Indikatorberechnung benötigt.

Datenfelder zu Aufklärungsgesprächen

In den Dokumenten des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts ging bisher nur aus der Überschrift hervor, dass sich die Datenfelder auf Aufklärungsgespräche beziehen. Daher empfiehlt das IQTIG, ein aussagekräftiges Filterfeld einzufügen. Des Weiteren wird empfohlen, dass aus

der Datenfeldbezeichnung klar hervorgeht, dass es sich nicht nur auf die Durchführung von Aufklärungsgesprächen bezieht. Es kann auch den Fall geben, dass das Gespräch angeboten wurde, die Patientin / der Patient dieses aber abgelehnt hat.

Das Datenfeld und die Schlüsselwerte werden daher wie folgt ausgestaltet:

- „Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?“
 - „Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie“
 - „Möglichkeit einer Nierenersatztherapie“
 - „Behandlungsmöglichkeiten mit und ohne Nierenersatztherapie“

Wird der Schlüsselwert „Möglichkeit einer Nierenersatztherapie“ oder „Behandlungsmöglichkeiten mit und ohne Nierenersatztherapie“ kodiert, müssen die Datenfelder zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten befüllt werden. Für alle Behandlungsmöglichkeiten ist anzugeben, ob ein Informationsgespräch nicht angeboten/durchgeführt wurde, ein Informationsgespräch durchgeführt wurde oder ob der die Patientin / Patient die Information zu dieser Behandlungsmöglichkeit abgelehnt hat. In Anlehnung daran wird die Beantwortung des Datenfeldes „Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie“ ausgestaltet. Der Ausfüllhinweis wird diesbezüglich angepasst.

Zudem wird der Ausfüllhinweis des Filterfeldes um einen Zeitbezug ergänzt, damit klar ist, dass es sich auf das Behandlungsquartal bezieht.

Datenfeld „Evaluation zur Transplantation durchgeführt“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe wird im Rahmen der Indikatorberechnung sowie als Filterfeld benötigt.

Datenfeld „Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt“

Die Angabe wird als Filterfeld benötigt. Weiterhin ist geplant, diese Angabe im Rahmen einer ergänzenden Kennzahl zu verwenden.

Dieses Datenfeld soll zukünftig auf eine mögliche Nutzung in einem sektorenübergreifenden Kontext geprüft werden.

Datenfeld „Warum wurde der Patient nicht besprochen?“

Es ist geplant diese Angabe im Rahmen einer ergänzenden Kennzahl zu verwenden.

Dieses Datenfeld soll zukünftig auf eine mögliche Nutzung in einem sektorenübergreifenden Kontext geprüft werden.

Datenfeld „Aufnahme auf die Warteliste“

Es ist geplant, diese Angabe im Rahmen einer ergänzenden Kennzahl zu verwenden.

Dieses Datenfeld soll zukünftig auf eine mögliche Nutzung in einem sektorenübergreifenden Kontext geprüft werden.

Streichung des Datenfeldes „Körpergröße“

Dieses Datenfeld hat keinen ausreichenden Verwendungszweck und kann daher gestrichen werden.

Datenfelder zu Komorbiditäten

Diese Datenfelder werden den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die folgenden Angaben werden im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

- „koronare Herzkrankheit (KHK)“
- „Herzinsuffizienz“²⁶
- „periphere arterielle Verschlusskrankheit“
- „zerebrovaskuläre Erkrankungen“
- „essentielle (primäre) Hypertonie“
- „Diabetes mellitus“
- „bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen“
- „Virushepatitis“
- „HIV-Infektion“
- „Malignom“
- „periphere Polyneuropathie (PNP)“
- „Demenz“
- „Depression“
- „andere Erkrankungen“

Mit Softwareanbietern wurde diskutiert, ob für einige Felder Syntaxfunktionen hinterlegt werden können, die das Datenfeld beim Vorliegen von bestimmten ICD-Kodes automatisch auf „ja“ setzen.

Es wurde darauf hingewiesen, dass Komorbiditäten nicht für die Haupterkrankung relevant sind, weswegen sie sie nicht in den Abrechnungsdaten enthalten sind. Dies gilt insbesondere bei teilstationär erbrachten Dialysen. Da die Datenfelder nicht mithilfe von Abrechnungsdaten vorbelegt werden können, ist eine generelle Befüllung durch Automatismen nicht flächendeckend umsetzbar. Die Hinterlegung von Funktionen für die jeweiligen Datenfelder wird daher nicht vom IQTIG umgesetzt.

Datenfelder „vorangegangene Nierentransplantation“ und „Datum Nierentransplantation“

Diese Datenfelder werden den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Mithilfe dieser Angaben können Patientinnen und Patienten identifiziert werden, bei denen beispielsweise eine Nierentransplantation durchgeführt wurde, das Transplantat die Funktion jedoch noch nicht aufgenommen hat. Diese Patienten müssen ggf. aus einzelnen Qualitätsindikatoren herausgerechnet werden.

²⁶ Nach Beratung in der Sitzung der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 wird der folgende Ausfüllhinweis ergänzt: „Hier ist der aktuelle Wert des NYHA-Status des Patienten anzugeben.“

Teildatensatz Dialyse (D)**Datenfeld „laufende Nummer der Dialyse“**

Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Dialysebehandlungen während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls unterscheidbar. Die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgeschlagene Bogenfeldbezeichnung für eindeutige Bogenfelder als laufende Nummer gründet sich auf Überlegungen für eine mögliche modulübergreifende Umbenennung. Die derzeitige, etablierte Benennung suggeriert eine chronologische Reihenfolge. Da das Datenfeld jedoch lediglich als Identifikationsnummer zur Verknüpfung von Teildatensätzen innerhalb eines Moduls fungiert, kann es sein, dass es nicht immer eine chronologische Reihenfolge abbildet. Da die Prüfprozesse in Bezug auf eine modulübergreifende Umbenennung noch nicht abgeschlossen sind, empfiehlt das IQTIG zunächst die etablierte Bogenfeldbezeichnung:

- „Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?“

Datenfeld „Dialyseverfahren“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. In diesem Datenfeld wird angegeben, mit welchem Verfahren die Patientin / der Patient dialysiert wurde. Dieses Datenfeld ist zwingend erforderlich, da das Dialyseverfahren nicht verlässlich aus EBM- oder OPS-Kodes ermittelt werden kann. Es wird im Rahmen der Indikatorberechnung benötigt.

Neue Datenfelder zu OPS- und EBM-Kodes

Im Abschlussbericht des AQUA-Instituts werden die Datenfelder zu Gebührenordnungspositionen (GOP) und Prozeduren im Filter gegen Einschlusslisten geprüft. Diese Felder finden sich jedoch auf Bogenebene nicht wieder. Somit wird im Abschlussbericht des AQUA-Instituts nicht dem bisherigen Prinzip gefolgt, dass filterrelevante Informationen auf dem Dokumentationsbogen erfasst und mit entsprechenden Plausibilitätsregeln zusätzlich geprüft werden.

Diese Datenfelder werden daher zur Durchführung einer zusätzlichen Prüfung der korrekten Auslösung durch den QS-Filter eingeführt. Nur eines der beiden Felder darf ausgefüllt sein:

- „Prozedurenschlüssel“
- „Gebührenordnungsposition (GOP)“

Es werden die etablierten modulübergreifenden Ausfüllhinweise aus anderen Verfahren übernommen.

Datenfeld „Dialysedatum“

Das Datenfeld wird im Rahmen der Indikatorberechnung verwendet. Es dient außerdem zur Berechnung des Patientenalters am Behandlungstag.

Mit Softwareanbietern wurde diskutiert, ob es zwei Datenfelder „Dialysedatum (OPS)“ und „Dialysedatum (GOP)“ geben müsste, um die automatische Befüllung zu unterstützen. Da dies aus Sicht der Softwareanbieter nicht notwendig ist, wird dieses Datenfeld den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

Datenfeld „Zugangsart“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld wird im Rahmen der Indikatorberechnung verwendet.

Datenfeld „effektive Dialysedauer“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld wird im Rahmen der Indikatorberechnung verwendet.

Datenfeld „Körpergewicht nach der Dialysebehandlung“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld wird im Rahmen der Indikatorberechnung verwendet.

Zweiter Teil des Basisbogens – Basis (B)

Da die Datenfelder zum Verlauf auf einem separaten Teildatensatz verortet wurden, müssen die folgenden Datenfelder auf dem Bogen nach hinten verschoben werden. Hierdurch ergibt sich die etablierte Zweiteilung des Basisbogens.

Datenfelder zu Dialysezugangs-assoziierten Komplikationen

Das Datenfeld „Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)“ wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe soll ggf. zukünftig in einem Qualitätsindikator zu „katheterassoziierten Komplikationen, die nicht zur Hospitalisierung führen“ sowie im Rahmen der Risikoadjustierung zur Anwendung kommen. Es dient zudem als Filterfeld für die folgenden abhängigen Felder, die ebenfalls zur Indikatorberechnung und zur Risikoadjustierung genutzt werden sollen:

- „mechanische Komplikation“
- „Infektion“
- „sonstige Komplikation“

Datenfelder zur Referenzdialyse

Die Datenfelder werden den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die folgenden Angaben werden im Rahmen der Indikatorberechnung benötigt.

- „Datum der Referenzdialyse“
- „Serumalbumin“
- „Hämoglobin“
- „Ferritin“
- „Transferrin-Sättigung“
- „C-reaktives Protein“

Die folgenden Angaben sollen zukünftig ggf. im Rahmen der Kennzahlberechnung genutzt werden:

- „Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)“
- „verordnete Wochendosis“

Datenfeld „wesentliches Ereignis im Quartal“

Dieses Datenfeld fungiert als Existenzbedingung, um den Teildatensatz „Wesentliche Ereignisse (WE)“ anzusteuern. Um eine einheitliche Bezeichnung des Zeitraumes zu gewährleisten wird folgende Umbenennung empfohlen:

- „wesentliches Ereignis im Behandlungsfall“

Neues Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“

Dieses Datenfeld wird ergänzend zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts neu eingeführt, da es zur Überprüfung der korrekten Auslösung durch den QS-Filter benötigt wird. Der modulübergreifende Ausfüllhinweis wird analog zu anderen Verfahren ergänzt.

Teildatensatz Wesentliche Ereignisse (WE)**Datenfeld „laufende Nummer des wesentlichen Ereignisses im Quartal“**

Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene wesentliche Ereignisse innerhalb eines Behandlungsfalles unterscheidbar. Die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgeschlagene Bogenfeldbezeichnung für eindeutige Bogenfelder als laufende Nummer gründet sich auf Überlegungen für eine mögliche modulübergreifende Umbenennung. Die derzeitige, etablierte Benennung suggeriert eine chronologische Reihenfolge. Da das Datenfeld jedoch lediglich als Identifikationsnummer zur Verknüpfung von Teildatensätzen innerhalb eines Moduls fungiert, kann es sein, dass es nicht immer eine chronologische Reihenfolge abbildet. Da die Prüfprozesse in Bezug auf eine modulübergreifende Umbenennung noch nicht abgeschlossen sind, empfiehlt das IQTIG zunächst die etablierte Bogenfeldbezeichnung:

- „Wievieltens wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?“

Datenfeld „Art wesentliches Ereignis“, „Beginn wesentliches Ereignis“ und „Ende wesentliches Ereignis“

Diese Datenfelder werden den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Felder werden im Rahmen der Indikatorberechnung verwendet.

Die Ausfüllhinweise der abhängigen Felder werden dahingehend vervollständigt, dass die Datumsangaben auch für einen Auslandsaufenthalt anzugeben sind.

Datenfeld „Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Dieses Datenfeld dient als Filterfeld für das Datenfeld „Todesursache“.

Datenfeld „Datum der Beendigung“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld wird im Rahmen der Indikatorberechnung verwendet.

Datenfeld „Todesursache“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Die Dokumentation eines Minimaldatensatzes ist für das Modul DIAL zulässig.

Formulare zur Sollstatistik

Das Modul DIAL wird entsprechend der Darstellung im Dokument „Spezifikationserstellung für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET) einschließlich Pankreastretransplantationen* nach DeQS-RL – Dokumente“ in der Sollstatistik ausgewiesen. Je nach Festlegung der zuständigen Datenannahmestellen kann eine Integration in ein richtlinienübergreifendes Formular zur Sollstatistik erfolgen.

Die Auswirkungen der fehlenden Falldefinition auf die Sollstatistik werden in Abschnitt 2.2 beschrieben.

4.1.2 Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen (DIALS)

Die Empfehlungen zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen werden in Form der QS-Filter-Anwenderinformation sowie der Erforderlichkeitstabelle (Exportfelder) abgebildet. Diese werden im Folgenden beschrieben.

QS-Filter (Auslösung)

Für den Bereich Dialyse sind alle Patientinnen und Patienten dokumentationspflichtig, die aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz dialysiert werden.

Folgende Änderungen der Auslösekriterien wurden im Vergleich zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgenommen:

- Da die Codes I48.00, I48.10, I48.11, I48.19, N18.0, U80.4, U80.5, U80.6 und U80.7 in der Liste DIALYSE_ICD_KOMORB nicht mehr dem aktuellen Stand des DIMDI-Katalogs entsprechen, werden sie in folgende aktuelle Codes übersetzt: I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9, N18.5, U81.2-I, U81.3-I, U81.4-I, U81.5-I und U81.6-I.
- Der ICD-Code Z49.1 (Extrakorporale Dialyse) wird in die Liste DIALYSE_ICD_INDEX aufgenommen, da dieser in den Empfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ebenfalls als Einschluss-Prozedur enthalten ist.
- Die Dopplung des Codes N18.1 (Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1) in der Liste DIALYSE_ICD_INDEX wird entfernt.
- Streichung des OPS-Kode 8-856 in der Liste DIALYSE_OPS_INDEX, da die Hämo-perfusion ein akutes Verfahren zur Detoxifikation bei Vergiftung ist.
- Es wird eine Streichung des 1. Lieferzeitfensters im Juli 2020 vorgenommen. Insbesondere ambulant abgerechnete Leistungen (Dialysen) liegen zu diesem Zeitpunkt im Datenbestand der Krankenkassen noch in sehr geringer Anzahl vor. Daher wird empfohlen, dieses Quartal zu streichen. Somit erfolgt eine erste Lieferung von den Krankenkassen im Oktober des Erfassungsjahres. Die letzte Datenlieferung nach Ablauf von neun Monaten nach Ende des Erfassungsjahres bleibt davon unberührt.

4.2 Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation und Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation Follow-up

Im Folgenden werden die modulspezifischen Empfehlungen für das Modul PNTX²⁷ und PNTXFU²⁸ beschrieben.

4.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (PNTX/PNTXFU)

Die Empfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer werden in Form der QS-Filter-Anwenderinformation, der Datenfeldbeschreibung (Datenfelder und Ausfüllhinweise), der Erforderlichkeitstabellen (Exportfelder) sowie einer Vorlage zur Sollstatistik abgebildet. Die fallbezogene QS-Dokumentation ist in die zwei Bereiche QS-Filter (Auslösung) und QS-Dokumentation (Daten- und Exportfelder) untergliedert.



Hinweis zu Exportfeldern

Für einzelne Datenfelder werden keine Klardaten, sondern berechnete Exportfelder übermittelt. Die im Folgenden aufgeführten Abschnitte beziehen sich auf Bogenfelder auf Dokumentationsebene. Welche Datenfelder nicht übermittelt werden, ist nicht im Detail beschrieben.

Die Exportfelder können den Erforderlichkeitstabellen entnommen werden.

Datensatz Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET) einschließlich Pankreastransplantationen (PNTX)

Dieses Modul wird im Abschlussbericht des AQUA-Instituts noch unter dem Kürzel NTX geführt, da die Pankreastransplantationen ursprünglich nicht Bestandteil dieses Moduls waren. Der G-BA hat das IQTIG am 18. Oktober 2018 beauftragt, eine ergänzende Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* zu erstellen. Daher wird das Modul in der vorliegenden Spezifikationsempfehlung abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts mit PNTX bezeichnet.

QS-Filter (Auslösung)

Im Modul PNTX sind alle Nieren-, Pankreas- oder kombinierten Pankreas- und Nierentransplantationen dokumentationspflichtig.

Folgende Änderungen der Auslösekriterien (Einschlüsse Dialyse) wurden im Vergleich zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgenommen:

²⁷ Dieses Modul wird im Abschlussbericht des AQUA-Instituts noch unter dem Kürzel NTX geführt, da die Pankreastransplantationen ursprünglich nicht Bestandteil dieses Moduls waren. Der G-BA hat das IQTIG am 18. Oktober 2018 beauftragt eine ergänzende Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET) einschließlich Pankreastransplantationen* zu erstellen.

²⁸ Dieses Modul wird im Abschlussbericht des AQUA-Instituts noch unter dem Kürzel NTXFU geführt, da die Pankreastransplantationen ursprünglich nicht Bestandteil dieses Moduls waren. Der G-BA hat das IQTIG am 18. Oktober 2018 beauftragt eine ergänzende Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET) einschließlich Pankreastransplantationen* zu erstellen.

- Auf Beschluss der AG Qesü-RL vom 26.09.2017 soll abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts die Dokumentationspflicht nicht auf GKV-Versicherte beschränkt werden. Aus diesem Grund erfolgt eine entsprechende Anpassung des Filters.
- Es werden Einschlussprozeduren zu Pankreastransplantationen aufgenommen.

QS-Dokumentation (Daten- und Exportfelder)

Im Folgenden werden die Daten- und Exportfelder des Verfahrens *QS NET* in Bezug auf die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und in Zusammenhang mit ihrem Verwendungszweck (z. B. Indikatorrelevanz) erläutert.

Basisbogen – Basis (B)

Datenfelder zur Identifikation von GKV-Versicherten

Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird analog den Vorgaben des Abschlussberichtes abgebildet. Ergänzend zum Abschlussbericht wird das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ in die QS-Dokumentation integriert.

Diese Datenfelder dienen der Identifizierung der Patientinnen bzw. der Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Es wird für die Erhebung von patientenidentifizierenden Daten herangezogen und ist zur Verknüpfung von Datensätzen zur Berechnung von FU-Indikatoren notwendig.

Datenfeld „Empfänger-ID“

Das Datenfeld wird unter die Überschrift „Patientenidentifizierende Daten“ verschoben und in „ET-Nummer“ umbenannt. Es ist zur Verknüpfung von Datensätzen zur Berechnung von FU-Indikatoren notwendig.

Die Verwendungszwecke der dokumentierten ET-Nummer können sich, je nach Angabe in den zugehörigen Einwilligungsfeldern, unterscheiden. Es muss zwischen weiterer Verwendung beim Transplantationsregister und Verwendung bei der Bundesauswertungsstelle unterschieden werden können. Daher werden dem Bogenfeld „ET-Nummer“ zwei unterschiedliche Exportfelder zugeordnet:

- „ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle“
- „ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister“

Datenfelder zur Einwilligung

Nach § 15e Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 TPG ist der G-BA zur Übermittlung transplantationsmedizinischer Daten an die Transplantationsregisterstelle verpflichtet. Die Befugnis des G-BA zur Übermittlung der Daten an das Transplantationsregister bzw. zur Nutzung von übermittelten Daten aus dem Transplantationsregister ergibt sich aus § 299 Abs. 5 SGB V. Voraussetzung für den Export des Datenfeldes „ET-Nummer“ bzw. der QS-Daten ist die Einwilligung der Patientin / des Patienten.

Nach dem zum Stichtag²⁹ bekannten Stand des § 5 „Festlegung der zu erhebenden Daten“ der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL geht das IQTIG davon aus, dass

- die „ET-Nummer“ bei Nicht-GKV-Versicherten nur erhoben wird, wenn diese eingewilligt haben, dass diese im Rahmen der Qualitätssicherung genutzt werden darf.
- die „ET-Nummer“ bei GKV-Versicherten nur erhoben wird, wenn diese eingewilligt haben, dass diese im Rahmen des Transplantationsregisters genutzt werden darf. In diesen Fällen wird die „ET-Nummer“ nicht im Rahmen der Qualitätssicherung verwendet.
- die „ET-Nummer“ für GKV-Versicherte, die nicht eingewilligt haben, nicht erhoben wird. Zur Verknüpfung im Rahmen der Follow-up-Erhebung wird für alle GKV-Versicherten die eGK erhoben.

Um dies abzubilden, wird ein neues Datenfeld zur Einwilligung eingeführt:

- „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“

Dieses Datenfeld erfüllt folgende Anforderung:

- Im QS-Verfahren zur Transplantationsmedizin werden auch Daten nicht gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten einbezogen. Die patientenidentifizierenden Daten dieser Patientinnen und Patienten dürfen nur mit einer entsprechenden Einwilligung erhoben werden.

Zudem wird das bereits vorhandene Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der QS-Daten an das TX-Register vor?“ konkretisiert in

- „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis wird abweichend zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts um eine Begründung ergänzt, wann die Einwilligung des Patienten wirksam ist.

Datenfeld „Institutionskennzeichen“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Es dient als leistungserbringeridentifizierendes Merkmal und wird zur Erstellung der Sollstatistik benötigt.

Streichung des Datenfeldes „entlassender Standort“

Da die Sollstatistik zukünftig auf Basis des Institutionskennzeichens erstellt werden soll, kann dieses Datenfeld gestrichen werden.

Neues Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“

Da die Zuordnung zum entlassenden Standort in bereits bestehenden Verfahren in einigen Fällen zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, wurden mit der Spezifikation 2018 zusätzliche Datenfelder zur Erhebung weiterer Standortangaben eingeführt. Diese sollen die Grundlage dafür schaffen, dass die Ergebnisse nicht wie bisher immer dem entlassenden Standort, sondern

²⁹ Um die Spezifikationsempfehlungen zum Abgabetermin finalisieren zu können, hat das IQTIG den Stichtag auf Freitag, den 23. November 2018, festgelegt (Kapitel 1).

differenziert nach QS-Verfahren möglichst verlässlich dem erbringenden oder zuständigen Standort zugeordnet werden können. Für das Modul PNTX wird daher das zusätzliche Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ in die QS-Dokumentation aufgenommen.

Datenfeld „Fachabteilung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“

Da es sich bei diesem Datenfeld um ein modulübergreifendes Feld handelt, wird es zur Nutzung im Strukturierten Dialog auch in dieses Verfahren übernommen. Die einrichtungsinterne Identifikationsnummer wird der Patientin / dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an das IQTIG übermittelt.

Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Aus der Angabe in diesem Datenfeld wird das Patientenalter berechnet, das im Rahmen der Indikatorberechnung und zur Risikoadjustierung herangezogen werden soll. Zur Prüfung einer korrekten Auslösung durch den QS-Filter und zur Prüfung von Mehrfachregeln im Rahmen der Datenübermittlung wird zusätzlich das Exportfeld „Quartal des Aufnahmetages“ exportiert.

Datenfeld „Geburtsdatum“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Aus der Angabe in diesem Datenfeld wird das Patientenalter berechnet, das im Rahmen der Indikatorberechnung und zur Risikoadjustierung herangezogen werden soll.

Datenfeld „Geschlecht“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Geschlecht wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Körpergröße“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur Körpergröße wird im Rahmen der Risikoadjustierung benötigt.

Datenfeld „Körpergewicht bei Aufnahme“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Körpergewicht wird im Rahmen der Risikoadjustierung benötigt.

Datenfeld „renale Grunderkrankung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur renalen Grunderkrankung wird im Rahmen der Risikoadjustierung benötigt.

Neues Datenfeld „Diabetes mellitus“ und „Dauer des Diabetes“

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen in das Verfahren QS NET werden zusätzlich zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts Datenfelder aus dem ehemaligen Verfahren nach QSKH-RL eingeführt.

Da die folgenden Datenfelder zukünftig im Rahmen von Risikoadjustierung und Kennzahlberechnung genutzt werden sollen, werden sie in die QS-Dokumentation aufgenommen:

- „Diabetes mellitus“
- „Dauer des Diabetes“

Datenfeld „Dialysetherapie“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. In diesem Datenfeld wird angegeben, ob sich die Patientin / der Patient in einer Dialysetherapie befindet. Die Angabe zur Dialysetherapie dient als Filterfeld für die Befüllung des nachfolgenden Datenfeldes.

Datenfeld „Beginn der Dialysetherapie“

Um das Datenfeld mit dem Modul DIAL zu harmonisieren, werden Datenfeldbezeichnung und Ausfüllhinweis angepasst. Die aktualisierte Bogenfeldbezeichnung lautet:

- „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“.

Die Angabe soll im Rahmen der Risikoadjustierung zur Anwendung kommen.

Datenfeld „Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status“

Aufgrund der Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen (PNTX) in das Verfahren QS NET wird der Schlüsselwert „SU (Special Urgency)“ ergänzt.³⁰

Die Angabe in diesem Datenfeld soll im Rahmen der Risikoadjustierung zur Anwendung kommen.

Datenfeld „Blutgruppe des Empfängers“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Über dieses Datenfeld kann ermittelt werden, ob die Blutgruppen von Spender und Empfänger kompatibel sind. Das im ehemaligen QSKH-Verfahren vorhandene Datenfeld „Spende kompatibel“ wird in diesem Verfahren daher nicht benötigt.

Die Angabe zur Blutgruppe des Empfängers soll im Rahmen der Risikoadjustierung zur Anwendung kommen.

Teildatensatz – Transplantation (T)**Datenfeld „laufende Nummer der Transplantation“**

Die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgeschlagene Bogenfeldbezeichnung für eindeutige Bogenfelder als laufende Nummer gründet sich auf Überlegungen für eine mögliche modul-

³⁰ Das betroffene Datenfeld wird modulübergreifend auch im Modul LTX verwendet. Der neue Schlüsselwert soll jedoch nur im Modul PNTX Verwendung finden.

übergreifende Umbenennung. Die derzeitige, etablierte Benennung suggeriert eine chronologische Reihenfolge. Da das Datenfeld jedoch lediglich als Identifikationsnummer zur Verknüpfung von Teildatensätzen innerhalb eines Moduls fungiert, kann es sein, dass es nicht immer eine chronologische Reihenfolge abbildet. Da die Prüfprozesse in Bezug auf eine modulübergreifende Umbenennung noch nicht abgeschlossen sind, empfiehlt das IQTIG zunächst die etablierte Bogenfeldbezeichnung:

- „Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?“

Datenfeld „durchgeführte Transplantation“

Die Angabe zur durchgeführten Transplantation wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen (PNTX) in das Verfahren QS NET müssen einzelne Schlüsselwerte ergänzt werden, sodass folgender Schlüssel abgebildet wird:

- „isolierte Nierentransplantation“
- „simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK)“
- „Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK)“
- „Isolierte Pankreastransplantation“
- „Kombination Niere mit anderen Organen“
- „Kombination Pankreas mit anderen Organen“

Neues Datenfeld „Einzel- oder Doppeltransplantation“

Bisher wird nicht abgefragt, ob bei einer Nierentransplantation ein Organ oder beide Organe transplantiert wurden. Bei Transplantatversagen kann es sein, dass sich dieses nur auf eines der beiden Organe bezieht. Da diese Information in einem geplanten Qualitätsindikator berücksichtigt werden soll, wird das Datenfeld in die QS-Dokumentation aufgenommen. Zudem dient das Feld als Filterfeld für die Befüllung weiterer Datenfelder.

Datenfeld „Retransplantation Niere“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe soll im Rahmen der Risikoadjustierung zur Anwendung kommen und dient als Filterfeld für die Befüllung weiterer Datenfelder.

Datenfeld „Wievielte Nierentransplantation?“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur Anzahl der Nierentransplantation soll zukünftig im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfeld „Datum der letzten Nierentransplantation?“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. In diesem Datenfeld wird angegeben, wann die letzte Nierentransplantation vorgenommen wurde.

Datenfeld „Spendertyp“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Spendertyp wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Streichung des Datenfeldes „Spender ID“

Im Modul PNTX steht der Empfänger im Zentrum der Betrachtung. Die Erhebung der Spender-ID ist im Rahmen der Qualitätssicherung nicht erforderlich und wird aus diesem Grund zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Spenderalter“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Spenderalter soll im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfeld „Geschlecht des Spenders“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe soll im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfeld „Blutgruppe des Spenders“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Über dieses Datenfeld kann ermittelt werden, ob die Blutgruppen von Spender und Empfänger kompatibel sind. Das im ehemaligen QSKH-Verfahren vorhandene Datenfeld „Spende kompatibel“ wird in diesem Verfahren daher nicht benötigt.

Die Angabe soll im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfelder „Kreatininwert i. S. in mg/dl“ und „Kreatininwert i. S. in µmol/l“

Die Datenfelder werden den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

Neues Datenfeld „Todesursache“

Die Angabe zur Todesursache des Spenders soll im Rahmen der Risikoadjustierung verwendet werden. Zudem ist das Datenfeld relevant für die Nutzung im Strukturierten Dialog.

Datenfeld „OP-Datum“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Zusätzlich werden die Exportfelder „postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen“ und „Monat der Operation“ exportiert. Die Angaben werden zur Indikatorberechnung benötigt und dienen der Prüfung der korrekten Auslösung durch den QS-Filter.

Datenfeld „Operation“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld dient der Prüfung der korrekten Auslösung durch den QS-Filter.

Datenfeld „Abbruch der Transplantation“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Dieses Datenfeld wird als Filterfeld für die Befüllung einiger nachfolgender Felder verwendet, die nur befüllt werden sollen, wenn die Transplantation nicht abgebrochen wurde.

Datenfeld „Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation sollen zukünftig im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfeld zur kalten Ischämiezeit

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen in das Verfahren QS NET ist eine Differenzierung der Angaben zur kalten Ischämiezeit notwendig. Das im Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgegebene Datenfeld „kalte Ischämiezeit“ wird daher in zwei Datenfelder aufgeteilt und entsprechend plausibilisiert:

- „kalte Ischämiezeit Niere“
- „kalte Ischämiezeit Pankreas“

Die Angabe zur kalten Ischämiezeit soll im Rahmen der Risikoadjustierung verwendet werden. Zudem ist das Datenfeld relevant für die Nutzung im Strukturierten Dialog.

Laut Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung zur Nierentransplantation ist anzustreben, dass die Niere innerhalb von 12 bis 24 Stunden nach der Entnahme transplantiert ist. Aus diesem Grund wird abweichend zum Abschlussbericht des AQUA-Instituts die harte obere Wertebereichsgrenze auf 1.440 Minuten erhöht.

Datenfeld „funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Im ehemaligen Leistungsbereich nach QSKH-RL wurde das Feld für die Berechnung des Qualitätsindikators „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung“ verwendet. Dieser soll zukünftig für das neue Verfahren nach DeQS-RL weiterentwickelt werden. Im Rahmen der Übergangsphase wird empfohlen, das Datenfeld beizubehalten. Zudem wird es als Filterfeld für folgende Felder verwendet:

- „Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme“
- „Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme“

Da das Datenfeld bisher von Leistungserbringern häufig missverstanden wurde, wird empfohlen, den Ausfüllhinweis dahingehend zu konkretisieren, dass nur dann „nein“ anzugeben ist, wenn es bei beiden Nierentransplantaten zu keiner Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung kommt.

Datenfeld „postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats“

Dieses Datenfeld wird als Filterfeld für die Befüllung der nachfolgenden beiden Datenfelder verwendet.

- „Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme“
- „Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme“

Der Ausfüllhinweis wird dahingehend präzisiert, dass bei einer Doppelnierentransplantation nur dann „nein“ anzugeben ist, wenn es bei beiden Nierentransplantaten zu keiner Funktionsaufnahme kommt.

Datenfeld „Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme“

Um zu konkretisieren, dass es sich bei dieser Angabe um die Anzahl intermittierender Dialysen handelt, wird die Umbenennung in „Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme“ empfohlen. Diese Umbenennung erfolgte ebenfalls in der Spezifikationsempfehlung 2019 für den ehemaligen Leistungsbereich nach QSKH-RL. Im Ausfüllhinweis wird ergänzt, dass der Wert 0 zu dokumentieren ist, wenn keine intermittierende Dialyse durchgeführt wird.

Die Angabe zur Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Neues Datenfeld „Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme“

Dieses Datenfeld wurde im Rahmen der Spezifikationsempfehlung 2019 für den ehemaligen Leistungsbereich nach QSKH-RL neu eingeführt, damit bei Durchführung einer kontinuierlichen Dialyse die differenzierte Angabe der Dauer in Stunden dokumentiert werden kann. Eine kontinuierliche Dialyse kann ggf. über einen sehr langen Zeitraum durchgeführt werden, weswegen die Dauer zukünftig in der Indikatorengruppe „Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats bis zur Entlassung“ berücksichtigt werden soll.

Neues Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Zukünftig ist die Auswertung eines Indikators zu aufgetretenen postoperativen Komplikationen geplant. Da die Clavien-Dindo-Klassifikation dem aktuellen chirurgischen Publikationsstandard für die Erfassung postoperativer Komplikationen entspricht, soll die Erfassung der Komplikationen über dieses Datenfeld erfolgen.

Streichung des Datenfeldes „behandlungsbedürftige (schwere) intra oder postoperative Komplikation(en)“

Durch das neue Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“ ist dieses Datenfeld redundant und kann zur Streichung empfohlen werden.

Datenfeld „Blutung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur Blutung wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Reoperation erforderlich“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur Reoperation wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „sonstige schwere Komplikation“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zu sonstigen schweren Komplikationen wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Neue Datenfelder zur Entnahme des Pankreastransplantats

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen in das Verfahren QS NET werden folgende Datenfelder abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts aufgenommen:

- „Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich“
- „Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats“

Beide Datenfelder werden für die Indikatorberechnung benötigt. Das Datenfeld „Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats“ ist zudem relevant für die Nutzung im Strukturierten Dialog.

Datenfeld „behandlungsbedürftige Abstoßung“

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen in das Verfahren QS NET ist eine stärkere Differenzierung der dokumentierbaren Angaben notwendig als sie im Abschlussbericht des AQUA-Instituts vorgesehen waren. Die Werte des ehemaligen Ja-Nein-Schlüssels werden folgendermaßen erweitert:

- „nein“
- „ja, Niere“
- „ja, Pankreas“
- „ja, Niere und Pankreas“

Das Datenfeld ist für die Berechnung des Indikators „Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen“ erforderlich.

Datenfeld „Abstoßung durch Biopsie gesichert“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur durch eine Biopsie gesicherten Abstoßung wird für die Indikatorberechnung benötigt. Zudem ist das Datenfeld relevant für die Nutzung im Strukturierten Dialog.

Basisbogen – Basis (B)**Neue Datenfelder zum Kreatininwert**

Abweichend vom AQUA-Abschlussbericht wird die Aufnahme von Feldern zur Erfassung des Kreatininwertes empfohlen:

- „Kreatininwert i.S. in mg/dl“
- „Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ “

Die Angabe zum Kreatininwert ist erforderlich für die Berechnung der Indikatoren zur Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung.

Neues Datenfeld „Patient bei Entlassung insulinfrei?“

Ebenfalls zur Berücksichtigung bei der Berechnung der Indikatoren zur Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung wird abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts die Aufnahme des Datenfeldes „Patient bei Entlassung insulinfrei?“ empfohlen.

Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Dieses Datenfeld dient zur Überprüfung der korrekten Auslösung durch den QS-Filter.

Datenfeld „Entlassungsdiagnose(n)“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld wird im Rahmen der Risikoadjustierung genutzt.

Datenfeld „Entlassungsgrund“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Entlassungsgrund wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Todesursache“

Dieses Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Das Datenfeld wird zur Nutzung im Rahmen der Risikoadjustierung geprüft.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Die Dokumentation eines Minimaldatensatzes ist für das Modul PNTX zulässig.

Formulare zur Sollstatistik

Das Modul PNTX wird entsprechend der Darstellung im Dokument „Spezifikationserstellung für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (QS NET) einschließlich Pankreastransplantationen* nach DeQS-RL – Dokumente“ in der Sollstatistik ausgewiesen. Je nach Festlegung der zuständigen Datenannahmestellen kann eine Integration in ein richtlinienübergreifendes Formular zur Sollstatistik erfolgen.

Datensatz Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen Follow-up (PNTXFU)

Dieses Modul wird im Abschlussbericht des AQUA-Instituts noch unter dem Kürzel NTXFU geführt, da die Pankreastransplantationen ursprünglich nicht Bestandteil dieses Moduls waren. Der G-BA hat das IQTIG am 18. Oktober 2018 beauftragt, eine ergänzende Spezifikation für das QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* zu erstellen. Daher wird das Modul in der vorliegenden Spezifikationsempfehlung abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts mit PNTXFU bezeichnet.

QS-Dokumentation (Daten- und Exportfelder)

Im Folgenden werden die Daten- und Exportfelder des Verfahrens QS NET in Bezug auf die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und in Zusammenhang mit ihrem Verwendungszweck (z. B. Indikatorrelevanz) erläutert.

Basisbogen – Basis (B)**Datenfelder zur Identifikation von GKV-Versicherten**

Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird analog den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts abgebildet. Ergänzend zum Abschlussbericht wird das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ in die QS-Dokumentation integriert.

Diese Datenfelder dienen der Identifizierung der Patientinnen bzw. der Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Es wird für die Erhebung von patientenidentifizierenden Daten herangezogen und ist zur Verknüpfung von Datensätzen zur Berechnung von Follow-up-Indikatoren notwendig.

Datenfeld „Empfänger-ID“

Das Datenfeld wird unter die Überschrift „Patientenidentifizierende Daten“ verschoben und in „ET-Nummer“ umbenannt. Es ist zur Verknüpfung von Datensätzen bzw. zur Berechnung von Follow-up-Indikatoren notwendig.

Datenfelder zur Einwilligung

Diese Datenfelder werden analog zum Modul PNTX abgebildet (S. 39).

Datenfeld „Institutionskennzeichen“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Es dient als leistungserbringeridentifizierendes Merkmal und wird zur Erstellung der Sollstatistik benötigt.

Streichung des Datenfeldes „entlassender Standort“

Da die Sollstatistik zukünftig auf Basis des Institutionskennzeichens erstellt werden soll, kann dieses Datenfeld gestrichen werden.

Datenfeld „Fachabteilung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“

Da es sich bei diesem Datenfeld um ein modulübergreifendes Feld handelt, wird es zur Nutzung im Strukturierten Dialog auch in dieses Verfahren übernommen. Die einrichtungsinterne Identifikationsnummer wird der Patientin / dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an das IQTIG übermittelt.

Datenfeld „Geburtsdatum“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Aus der Angabe in diesem Datenfeld wird das Patientenalter berechnet, das im Rahmen der Indikatorberechnung und zur Risikoadjustierung herangezogen werden soll.

Datenfeld „Geschlecht“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Geschlecht wird im Rahmen der Risikoadjustierung sowie zur Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „durchgeführte Transplantation“

Um in Feldgruppen und Plausibilitätsregeln zwischen Nieren- und Pankreastretransplantationen differenzieren zu können, wird abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts das Feld „durchgeführte Transplantation“ aufgenommen.

Datenfeld „Datum der Transplantation“

Analog zum ehemaligen Leistungsbereich nach QSKH-RL wird dieses Datenfeld in „Datum der letzten Transplantation“ umbenannt. Die Angabe wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation“

Da die im Abschlussbericht des AQUA-Instituts dargestellten Qualitätsindikatoren zum 10-Jahres-Überleben und zum Transplantatversagen innerhalb von 10 Jahren nach Nierentransplantation nicht umgesetzt werden sollen, kann der Schlüsselwert „10-Jahres-Follow-up“ abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts entfallen.

Die übrigen Schlüsselwerte werden für die Indikatorberechnung benötigt.

Das IQTIG behält sich vor, die technischen Codes der Schlüsselwerte (01J, 02J, usw.) abweichend von der vorliegenden Empfehlung umzusetzen.

Datenfelder „Art der Follow-up-Erhebung“ und „Durchführung der Nachbetreuung“

Die folgenden Datenfelder sollen für das Erfassungsjahr 2020 wie folgt umgesetzt werden:

▪ Streichung des Datenfeldes „Durchführung der Nachbetreuung“

Gemäß Abschlussbericht des AQUA-Instituts bestehen aufgrund von langen Follow-up-Zeiträumen ggf. Schwierigkeiten bei der eindeutigen Zuordnung der Ergebnisverantwortung in Bezug auf die Nachsorge. Hierbei ist zu beachten, dass auch leistungserbringerunabhängige Faktoren in einem möglichen Qualitätsindikator berücksichtigt werden müssen. Dies sollte nach den ursprünglichen Überlegungen über dieses Datenfeld erfolgen. Aus Sicht des IQTIG sind die im Datenfeld dargestellten Schlüsselwerte jedoch noch nicht aussagekräftig genug, um diesen Sachverhalt abzubilden.

Da das Datenfeld daher derzeit keinem relevanten Verwendungszweck zugeordnet werden kann, wird es abweichend vom Abschlussbericht des AQUA-Instituts nicht in die QS-Dokumentation aufgenommen.

■ Datenfeld „Art der Follow-up-Erhebung“

Um den oben beschriebenen Sachverhalt zukünftig im Rahmen der Indikatorberechnung zu berücksichtigen, soll die QS-Dokumentation daraufhin geprüft werden, welche Datenfelder modifiziert oder neu aufgenommen werden müssen.

Das vorliegende Datenfeld wird in diesem Kontext zunächst den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet und ggf. zukünftig überarbeitet.

Datenfeld „Patient verstorben“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Todesdatum“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zum Todesdatum wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfeld „Todesursache“

Das Datenfeld wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angabe zur Todesursache wird für die Indikatorberechnung benötigt.

Neues Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Zukünftig ist die Auswertung eines Indikators zu aufgetretenen postoperativen Komplikationen geplant. Da die Clavien-Dindo-Klassifikation dem aktuellen chirurgischen Publikationsstandard für die Erfassung postoperativer Komplikationen entspricht, soll die Erfassung der Komplikationen über dieses Datenfeld erfolgen.

Neues Datenfeld „unbekannt, ob Komplikation vorliegt“

Durch die empfohlene Neueinführung des Datenfeldes „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“ muss die Möglichkeit gegeben sein, weiterhin angeben zu können, dass das Vorliegen von Komplikationen nicht bekannt ist. Daher soll hinter dem Datenfeld zur Clavien-Dindo-Klassifikation ein neues Datenfeld „unbekannt, ob Komplikation vorliegt“ eingefügt werden.

Datenfelder zu „Transplantatversagen“

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen in das Verfahren QS NET muss bei diesen Datenfeldern der Bezug zur Niere hergestellt werden. Aus diesem Grund wird in den Datenfeldern der Zusatz „Niere“ ergänzt, sodass sich folgende Bogenfeldbezeichnungen ergeben:

- „Transplantatversagen Niere“
- „Datum Transplantatversagen Niere“
- „Ursache Transplantatversagen Niere“

Die Angaben zum Transplantatversagen werden für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfelder „Kreatininwert i. S. in mg/dl“, „Kreatininwert i. S. in $\mu\text{mol/l}$ “ und „Kreatininwert i. S. unbekannt“

Die Datenfelder werden den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet. Die Angaben werden für die Indikatorberechnung benötigt.

Datenfelder „behandlungsbedürftige Abstoßung seit Entlassung“ und „Abstoßung durch Biopsie gesichert“

Durch die Integration der Pankreas- und kombinierten Pankreasnierentransplantationen in das Verfahren QS NET muss bei diesen Datenfeldern der Bezug zur Niere hergestellt werden. Aus diesem Grund wird in den Datenfeldern der Zusatz „Niere“ ergänzt, sodass sich folgende Bogenfeldbezeichnungen ergeben:

- „behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung“
- „Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert“

Die Angaben werden im Rahmen der Indikatorberechnung sowie der Risikoadjustierung benötigt.

Neue Datenfelder „Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?“ und „Beginn der Insulintherapie“

Um den Abstand zwischen Beginn der Insulinpflicht nach Transplantatversagen und Datum der letzten Transplantation in Tagen berechnen zu können, wird das Datenfeld „Beginn der Insulintherapie“ analog zum ehemaligen Leistungsbereich nach QSKH-RL neu eingeführt. Das Datenfeld muss nur befüllt werden, wenn die Patientin / der Patient zum Zeitpunkt des Follow-up insulinpflichtig ist.

Die Angabe zum Beginn der Insulintherapie wird für die Indikatorberechnung benötigt.

4.2.2 Spezifikation für die Sozialdaten bei den Krankenkassen (NTXS)

Die Empfehlungen zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen werden in Form der QS-Filter-Anwenderinformation sowie der Erforderlichkeitstabelle (Exportfelder) abgebildet. Diese werden im Folgenden beschrieben.

QS-Filter (Auslösung)

Für den Bereich Nierentransplantationen sind alle Patientinnen und Patienten dokumentationspflichtig, die eine Nierentransplantation erhalten haben.

Der QS-Filter wird den Vorgaben des Abschlussberichtes des AQUA-Instituts entsprechend abgebildet.

5 Releaseplanung

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die QS-Basispezifikation für das Erfassungsjahr 2020 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht. Das neue Verfahren wird in die QS-Basispezifikation für Leistungserbringer integriert.

Tabelle 1: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2020

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2020 V01	Juni 2019	finale Version
2020 V02	September 2019	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2020 V03	November 2019	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Fehlerkorrekturen)
2020 V04	bei Bedarf	Patches

In Anlehnung an diese Releaseplanung sind Veröffentlichungstermine im Juni 2019 sowie im November 2019 für die Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen.