

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestütz- ten einrichtungsübergreifenden Qualitätssiche- rung (DeQS-RL):

Themenspezifische Bestimmungen für ein Ver- fahren 5: Transplantationsmedizin und für ein Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

Vom 20. Juni 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlos-
sen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-
RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), zuletzt geändert am T. Monat
JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

I. Dem Teil 2 der Richtlinie werden die folgenden Verfahren 5 und 6 angefügt:

„Verfahren 5: Transplantationsmedizin

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

- (1) Gegenstand des Verfahrens sind
- a) Lebertransplantationen
 - b) Leberlebendspenden
 - c) Lungentransplantationen
 - d) Herz-Lungen-Transplantationen
 - e) Herztransplantationen
 - f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen
 - g) Nierenlebendspenden.

Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Transplantationsmedizin“. Das Verfahren wird
nachfolgend „QS TX“ genannt.

(3) Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen mes-
sen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen
- b) Erreichen von Behandlungszielen
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung bei Herzunterstützungssystemen
- b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- e) Verringerung von Folgeerkrankungen.

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

§ 2 Eckpunkte

- (1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe.
- (2) Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch mit ihm assoziierte Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). Dies sind insbesondere das Überleben sowie bestimmte Komplikationen des Indexeingriffs bei Organtransplantierten und Lebendspendern.
- (3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.
- (4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.
- (5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Zum 30. Juni 2028 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über etwaige Veränderungen in der Durchführung.
- (6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite im Lenkungsgremium gemäß Teil 1 § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 der Richtlinie erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da die Leistungen insgesamt nur geringe Fallzahlen aufweisen und insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

- (1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.
- (2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.
- (3) Für die in § 1 Absatz 1 differenzierten Behandlungsverfahren sind in folgender Weise jeweils eigene Patienten- und Leistungserbringerpseudonyme anzuwenden:
 1. a) Lebertransplantation und b) Leberlebendspende
 2. c) Lungentransplantationen und d) Herz-Lungen-Transplantationen
 3. e) Herztransplantationen und f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen
 4. g) Nierenlebendspenden

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

- (1) Für das Verfahren werden Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2022.
- (2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.
- (3) Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II die Krankenversicherernummern verarbeitet.
- (4) Bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden bei Vorliegen einer Einwilligung nach den Vorgaben des Artikel 7 in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) in der jeweils geltenden Fassung als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II die ET-Nummern verarbeitet. Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II ohne patientenidentifizierende Daten verarbeitet.
- (5) Wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 15e Absatz 6 Transplantationsgesetz vorliegt, wird zusätzlich die ET-Nummer zu Zwecken des

Transplantationsregisters verarbeitet. Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. Die Bundesauswertungsstelle löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.

§ 6 Datenflussverfahren

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

§ 7 Datenprüfung

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

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 13 entwickelt.

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

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

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

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

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus bis zu drei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung (statistische Darstellung aller erfassten Daten)
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Fallnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.

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

(4) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Lebertransplantationen
- b) Leberlebendspenden
- c) Lungen- und Herz-Lungentransplantationen
- d) Herztransplantationen
- e) Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
- f) Nierenlebendspenden.

(5) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

§ 10a Länderbezogene Auswertungen

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 11 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die Auswertungen werden durch das Institut nach § 137a SGB V in seiner Funktion gemäß Teil 1 § 7 Satz 2 im Auftrag und in Abstimmung mit der Bundesstelle nach Teil 1 § 7 unter Hinzuziehung der Bundesfachkommissionen nach § 13 bewertet. Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

(2) Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. Das Institut nach § 137a SGB V führt das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 4 durch. Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen. Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird gemeinsam durch die zuständige Bundesfachkommission und das Institut nach § 137a SGB V bewertet. Sofern die Auffälligkeit im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden kann, wird dieses abgeschlossen und die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer entsprechend informiert. Das Institut nach § 137a SGB V informiert die Bundesstelle über die laufenden Stellungnahmeverfahren und ihre Ergebnisse.

(3) Können die Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht ausreichend aufgeklärt werden, empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie inklusive des Zeitrahmens, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. Folgt die Bundesstelle den Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V nicht, ist darüber im Bundesqualitätsbericht nach Teil 1 § 20 der Richtlinie zu berichten.

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

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

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

§ 12 Datenvvalidierung

Regelungen zur Datenvvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2019 ergänzt.

§ 13 Bundesfachkommissionen

- (1) Die Bundesstelle richtet für die Durchführung ihrer Aufgaben
- a) eine Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“
 - b) eine Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ und
 - c) eine Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“

nach Teil 1 § 8 Absatz 3 der Richtlinie ein und gibt diesen eine Geschäftsordnung. In der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und b. In der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c bis f. In der Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe g.

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

(3) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ sind jeweils drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit klinischer Erfahrung im Bereich Lebertransplantation, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(4) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ sind jeweils vier Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herz- und Lungentransplantation
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herz- und Lungentransplantation
- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herzchirurgie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herztransplantation
- d) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herzchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Thoraxchirurgie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Lungentransplantation

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(5) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ sind jeweils drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit klinischer Erfahrung im Bereich der Nierentransplantation, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Urologie

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(6) In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 soll intensivmedizinische Expertise vertreten sein.

(7) In Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten bis zu zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates ein Mitberatungsrecht. In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit den Erkrankungen, aufgrund derer die jeweiligen Organtransplantationen durchgeführt werden.

(8) Die Bundesfachkommissionen werden gemäß § 11 Absatz 1 Satz 1 bei der fachlichen Bewertung der Auswertungen durch das Institut nach § 137a SGB V sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen hinzugezogen. Darüber hinaus unterstützen die Bundesfachkommissionen das Institut nach § 137a SGB V bei der fachlichen Begleitung des Verfahrens „Transplantationsmedizin“ und nehmen die Aufgaben des Expertengremiums auf Bundesebene gemäß Teil 1 § 26 der Richtlinie wahr. Das Institut nach § 137a SGB V kann für Aufgaben nach Teil 1 § 26 weitere Experten für spezifische Fragestellungen hinzuziehen.

§ 14 Datenlieferfristen

(1) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis f für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 15 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen

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

(2) Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Bundesstelle zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungsdokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen, sowie die Ergebnisse gemäß Teil 1 § 19 Absatz 3 der Richtlinie des Vorjahres.

§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des ersten Erfassungsjahres Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. Für das erste Erfassungsjahr werden keine Vergütungsabschlüsse erhoben.

§ 17 Übergangsregelung

(1) Die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß §§ 5, 9 und 14 Absatz 2 erfolgt erstmals für Indexeingriffe aus dem Jahr 2021.

(2) Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche Leberlebendspende, Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation, Herztransplantationen, Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen und Nierenlebendspende der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2019 (Abschluss des Erfassungsjahres 2019) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste

a) Indikatorenliste Lebertransplantation

1	Tod durch operative Komplikationen
Indikator-ID	2097
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die am Tag der Lebertransplantation oder am Tag nach der Lebertransplantation verstorben sind.
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2096
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lebertransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus

Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Postoperative Verweildauer
Indikator-ID	2133
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren postoperative Verweildauer nach einer Lebertransplantation oberhalb des 75. Perzentils liegt.
Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
4	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12349
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51596
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12365
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51599
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51602
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

b) Indikatorenliste Leberlebendspenden

1	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Indikator-ID	2128

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation.
Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2125
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Leberlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich
Indikator-ID	2127
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Lebertransplantation nach einer Lebendspende erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12296
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikator-ID	51603
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12308
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	51604
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12324
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

9	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebensspende
Indikator-ID	51605
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebensspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12549
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12561
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von zwei Jahren nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12577
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12609
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12613
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12617
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) Indikatorenliste Lungen- und Herz-Lungentransplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2155
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12397
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12413
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51639
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12433
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51641
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

d) Indikatorenliste Herztransplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2157
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Herztransplantationen und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12253
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51629
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12269
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51631
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12289
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51633
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantationen leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

e) Indikatorenliste Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsthernen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	
Indikator-ID	251800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die beobachtete Rate an Sterbefälle nach einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens im Verhältnis zu den erwarteten Sterbefällen.	
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	
Indikator-ID	251801	
Beschreibung	Der Indikator erfasst das erwartete Sterberisiko einer Patientin bzw. eines Patienten nach der Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens.	
Qualitätsziel	Berücksichtigung des Risikoprofils der Patientinnen und Patienten bei der Indikationsstellung für die Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	
Indikator-ID	52385	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines LVAD eine neurologische Komplikation auftritt.	
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4	Sepsis bei Implantation eines LVAD	
Indikator-ID	52388	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines LVAD eine Sepsis auftritt.	
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	
Indikator-ID	52391	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten LVAD auftritt.	
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

f) Indikatorenliste Nierenlebenspenden

1	Intra- oder postoperative Komplikationen	
Indikator-ID	51567	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation.	
Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikator-ID	2137	

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Nierenlebenspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Indikator-ID	2138
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderin und Nierenlebenspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren.
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12440
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51568
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12452
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin und des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51569
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12468
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51570

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12640
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderinnen bzw. beim Nierenlebenspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12644
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51997
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51998
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51999
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

1) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X

¹ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren ⁴		X	X	X
18	Monat des Aufnahmeta-ges ⁵	X			X
19	Aufnahmedatum Kran-kenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an die Bundesauswertungs-stelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an das Transplantationsregis-ter ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patien-ten zur weiteren Über-mittlung personenbezo-gener QS-Daten (ein-schließlich ET-Nummer) an die Bundesauswer-tungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patien-ten zur weiteren Über-mittlung personenbezo-gener QS-Daten (ein-schließlich ET-Num-mer) an das Transplan-tationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße		X	X	

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

5 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

6 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

7 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5).

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
28	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
29	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X		X	X
30	Monat des Entlassungstages ¹⁰	X	X	X	X
31	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
32	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
33	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X	
34	Entlassungsgrund	X	X	X	X
35	Todesursache			X	
36	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
37	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
38	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
39	Versionsnummer [Transplantation]				X
40	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
41	Zentrumsangebot		X	X	
42	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X	
43	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l 		X		
44	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X		
45	INR (International Normalized Ratio)		X		

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
46	Dialyse- oder Hämo-filtrationsverfahren		X		
47	match MELD zugewiesen		X	X	X
48	match MELD		X	X	
49	Begründung für match MELD		X	X	X
50	standard exception		X	X	
51	Spendertyp		X	X	
52	Spenderalter		X	X	
53	Indikation zur Leber-transplantation		X	X	
54	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
55	Monat der Operation ¹³	X	X	X	X
56	OP-Datum	X	X		
57	Operation ¹⁴	X		X	
58	Abbruch der Transplantation			X	
59	Spenderorgan		X	X	
60	kalte Ischämiezeit (Stunden)		X	X	
61	kalte Ischämiezeit (zusätzliche Minuten)		X	X	
62	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

2) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			

¹ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
17	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an die Bundesauswertungs-stelle ⁴	X	X		X
18	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an das Transplantationsregis-ter ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patien-ten zur weiteren Über-mittlung personenbezo-gener QS-Daten (ein-schließlich ET-Nummer) an die Bundesauswer-tungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patien-ten zur weiteren Über-mittlung personenbezo-gener QS-Daten (ein-schließlich ET-Num-mer) an das Transplan-tationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der letzten Transplantation ⁸	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		
25	Abstand Erhebungsda-tum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Ta-gen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		

⁴ Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

⁵ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL).

⁶ Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	
29	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X		
30	Patient verstorben		X		X
31	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹		X		X
32	Monat des Todesdatums ¹²				X
33	Todesdatum		X		
34	Todesursache			X	
35	HCC vor Transplantation		X	X	X
36	HCC-Rezidiv		X	X	
37	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

3) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebenspende

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indika-tor-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴			X	X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁹	X	X	X	X
30	Monat der Operation ¹⁰	X	X	X	X
31	OP-Datum	X	X		
32	Operation ¹¹	X		X	

⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

⁷ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5)

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
33	<ul style="list-style-type: none"> • Segment I • Segment II • Segment III • Segment IV • Segment V • Segment VI • Segment VII • Segment VIII 		X	X	
34	Gewicht entnommene Leber			X	
35	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Gallenwegskomplikation • sekundäre Wundheilung • Ileus • akutes Leberversagen • Thrombose • Lungenembolie • Pneumonie • sonstige Komplikationen 		X	X	
37	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich		X	X	X
38	Dominotransplantation		X	X	
39	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
40	Monat des Entlassungstages ¹³	X		X	X
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
42	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴	X		X	
43	Entlassungsgrund	X	X	X	

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

4) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebendspende (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indika-tor-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Ein-willigung des Patienten zur weiteren Übermitt-lung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bun-desauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Ein-willigung des Patienten zur weiteren Übermitt-lung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der Lebend-spende ⁸	X			X
24	Datum der Leberlebend-spende	X	X		
25	Abstand Erhebungsda-tum des Follow-up und Datum der Lebend-spende in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Er-hebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Er-hebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhe-bung			X	
29	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X		
30	Spender verstorben		X		X

⁵ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL).

⁶ Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Leberlebendspende“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der Leberlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
31	Monat des Todesdatums ¹¹				X
32	Todesdatum		X		
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹²		X		X
34	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l • Bilirubin i. S. unbekannt 		X		
35	<ul style="list-style-type: none"> • Gamma-GT • Gamma-GT unbekannt 		X		
36	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	X
37	<ul style="list-style-type: none"> • Gallenwegskomplikation • Narbenhernie • leberbezogene Komplikationen • intraabdominelle Komplikationen • sonstige eingriffsspezifische Komplikationen 			X	
38	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich				X
39	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen) ¹³		X		X
40	Monat der letzten Transplantation des Spenders ¹⁴	X			X
41	Datum der letzten Transplantation	X	X		

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der Leberlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten Transplantation“ und „Datum der Leberlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴			X	X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Monat des Aufnahmejahres ⁵	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X		X	
26	Geschlecht	X		X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	Grunderkrankung		X	X	
30	Blutgruppe [Basisdaten Empfänger]		X	X	
31	Cyclosporin [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
32	Tacrolimus [Immunsuppression bei Entlassung]			X	

⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

⁷ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5).

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
33	Azathioprin [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
34	Mycophenolat [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
35	Steroide [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
36	m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
37	andere [Immunsuppression bei Entlassung]			X	X
38	Patient bei Entlassung tracheotomiert		X	X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 (prädiktiver Wert in %) • FEV1-Messung nicht möglich 		X	X	
40	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X	X	X	X
41	Monat des Entlassungstages ¹⁰	X	X	X	X
42	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
43	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
44	Entlassungsgrund	X	X	X	X
45	Todesursache(n) akut			X	
46	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
47	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
48	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
49	Versionsnummer [Transplantation]				X

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
50	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
51	Dringlichkeit		X	X	
52	LAS (Lung Allocation Score)		X	X	
53	thorakale Voroperation		X	X	
54	Beatmung präoperativ		X	X	
55	Induktionstherapie			X	
56	Cyclosporin [Immunsuppression initial]			X	
57	Tacrolimus [Immunsuppression initial]			X	
58	Azathioprin [Immunsuppression initial]			X	
59	Mycophenolat [Immunsuppression initial]			X	
60	Steroide [Immunsuppression initial]			X	
61	m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression initial]			X	
62	andere [Immunsuppression initial]			X	X
63	Art der Spende		X	X	X
64	Spenderalter		X	X	
65	Blutgruppe [Spenderdaten]		X	X	
66	Beatmungsdauer		X	X	
67	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X	
68	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
69	Monat der Operation ¹³	X	X	X	X
70	Datum der Transplantation	X	X		
71	Operation ¹⁴	X		X	

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum der Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
72	Abbruch der Transplantation			X	
73	Retransplantation				X
74	Monat der letzten Transplantation ¹⁵	X		X	X
75	Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁶			X	X
76	Datum der letzten Transplantation	X	X		
77	Transplantationsart			X	X
78	simultane Operationen		X	X	
79	Ischämiezeit (rechte Lunge)		X	X	
80	Ischämiezeit (linke Lunge)		X	X	

¹⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

6) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der letzten Transplantation ⁸	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	X
29	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X		
30	Patient verstorben		X		X

⁵ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL).

⁶ Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
31	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹		X		X
32	Monat des Todesdatums ¹²				X
33	Todesdatum		X		
34	Todesursache(n) im Verlauf			X	
35	FEV 1 (höchster Wert)		X	X	
36	FEV 1 (aktueller Wert)		X	X	
37	FEV1-Messung nicht möglich			X	X
38	Cyclosporin			X	
39	Tacrolimus			X	
40	Azathioprin			X	
41	Mycophenolat			X	
42	Steroide			X	
43	m-ToR-Inhibitor			X	
44	andere			X	X

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

7) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen
siehe Leistungsbereich Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

8) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen (Follow-up)
siehe Leistungsbereich Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

9) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴				X
13	Institutionskennzeichen	X			X

1 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert. Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert. Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert. Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

4 Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren ⁵			X	X
18	Monat des Aufnahme-tages ⁶	X	X	X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X		X	
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht [Empfänger]	X	X	X	
23	Körpergröße [Empfänger]		X	X	
24	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
25	Grunderkrankung		X	X	
26	Diabetes mellitus		X	X	
27	Hepatitis B		X	X	
28	Hepatitis C		X	X	
29	Blutgruppe [Empfänger]		X	X	
30	Rhesusfaktor [Empfänger]			X	
31	Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt?		X	X	X
32	<ul style="list-style-type: none"> • Herztransplantation • Assist Device/TAH • Koronarchirurgie • Klappenchirurgie • Korrektur angeborener Vitien • sonstige 		X	X	X
33	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl aller Voroperationen am Herzen • Anzahl aller Voroperationen unbekannt 		X	X	
34	Abstand zwischen Aufnahme-datum und Voroperation in Tagen ⁸				X

⁵ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	Monat der Voroperation ⁹		X	X	
36	Datum der letzten thorakalen Voroperation		X	X	
37	Abstand zwischen Geburtsdatum und letzter thorakaler Voroperation ¹⁰				X
38	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?		X		X
39	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹¹	X	X		X
40	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹²			X	
41	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
42	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
43	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹³	X		X	X
44	Monat des Entlassungstages ¹⁴	X	X	X	X
45	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
46	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁵	X		X	
47	Entlassungsgrund	X	X	X	X

9 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ und „Geburtsdatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

11 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

12 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5)

13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

14 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
48	Todesursache(n) akut			X	
49	Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde?			X	
50	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]				X
51	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X			X
52	Vorgangsnummer, GUID [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X			X
53	Versionsnummer [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]				X
54	Wievielte Implantation während dieses Aufenthaltes?				X
55	durchgeführter Eingriff		X		X
56	Zielstellung		X	X	
57	Lag bei dem Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs eine akute Herzinsuffizienz vor?		X	X	
58	geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage			X	
59	Einstufung nach ASA-Klassifikation			X	
60	INTERMACS Profile-Level 1 - 7		X	X	
61	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		X	X	
62	linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%		X	X	
63	6 Minuten Gehstest: Distanz >= 500 Meter		X	X	
64	maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O ₂ /min/kg Körpergewicht		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
65	stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten		X	X	
66	OP-Datum [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X			
67	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁶	X		X	X
68	Monat der Operation (VAD/TAH) ¹⁷	X		X	X
69	Operation [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X		X	
70	Typ des Pumpsystems		X	X	
71	Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens		X	X	
72	Art des Unterstützungssystems		X	X	X
73	Abbruch der Implantation			X	
74	Sepsis		X	X	
75	neurologische Dysfunktion		X	X	
76	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems		X	X	
77	Rechtsherzversagen			X	
78	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
79	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
80	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
81	Versionsnummer [Transplantation]				X
82	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
83	PRA		X	X	

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁷ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
84	Dringlichkeit		X	X	
85	CAS (Cardiac Allocation Score)		X	X	
86	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung		X	X	X
87	Abstand zwischen Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung und Aufnahmedatum in Tagen ¹⁸			X	X
88	Monat des Beginns der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung ¹⁹				X
89	Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung		X	X	
90	Lungengefäßwiderstand Wert		X	X	
91	Beatmung		X	X	
92	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 			X	
93	Induktionstherapie			X	
94	Cyclosporin [Immunsuppression initial]			X	
95	Tacrolimus [Immunsuppression initial]			X	
96	Azathioprin [Immunsuppression initial]			X	
97	Mycophenolat [Immunsuppression initial]			X	
98	Steroide [Immunsuppression initial]			X	
99	m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression initial]			X	
100	andere [Immunsuppression initial]			X	X
101	Spenderalter			X	
102	Geschlecht [Spender]	X		X	
103	Körpergröße [Spender]			X	
104	Körpergewicht			X	
105	Blutgruppe [Spender]		X	X	
106	Rhesusfaktor [Spender]			X	

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
107	Todesursache			X	
108	Vasopressortherapie		X	X	
109	CK-Wert		X	X	
110	CK-MB-Wert		X	X	
111	Herzstillstand		X	X	
112	hypotensive Periode		X	X	
113	Koronarangiographie erfolgt		X	X	
114	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X	
115	Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems			X	X
116	Kategorie des Spenderorgans		X	X	
117	Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls		X	X	
118	Datum der Organentnahme		X	X	
119	Hämatokrit (Hk)		X	X	
120	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen [Transplantation] ²⁰	X	X	X	X
121	Monat der Operation ²¹	X	X	X	X
122	OP-Datum [Transplantation]	X	X		
123	Operation [Transplantation] ²²	X		X	X
124	Abbruch der Transplantation			X	
125	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation			X	
126	kalte Ischämiezeit			X	
127	Cyclosporin [Postoperativer Verlauf]			X	
128	Tacrolimus [Postoperativer Verlauf]			X	
129	Azathioprin [Postoperativer Verlauf]			X	
130	Mycophenolat [Postoperativer Verlauf]			X	

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

21 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
131	Steroide [Postoperativer Verlauf]			X	
132	m-ToR-Inhibitor [Postoperativer Verlauf]			X	
133	andere [Postoperativer Verlauf]				X
134	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen			X	
135	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt			X	X

10) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besonderer Personenkreis“ wird nicht exportiert.

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X		X	
22	Geschlecht	X		X	
23	Monat der letzten Transplantation ⁸	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		
25	Datum der Follow-up-Erhebung		X		
26	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁹		X	X	X
27	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X		X	X
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	X
29	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X		
30	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	X
31	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	

⁵ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL).

⁶ Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
32	Patient verstorben		X	X	X
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹¹		X	X	X
34	Monat des Todesdatums ¹²			X	X
35	Todesdatum		X		
36	Todesursache(n) im Verlauf			X	
37	Cyclosporin			X	
38	Tacrolimus			X	
39	Azathioprin			X	
40	Mycophenolat			X	
41	Steroide			X	
42	m-ToR-Inhibitor			X	
43	andere			X	X

11) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen
siehe Leistungsbereich Herztransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

12) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indika-tor-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrier-kode)				X
2	Vorgangsnummer, men-schenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Daten-satzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsab-schlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutions-kennzeichen der Kran-kenkasse der Versiche-tenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennum-mer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versicherten-nummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Auf-nahmetag in Jahren ⁴		X	X	X
18	Monat des Aufnahmeta-ges ⁵	X		X	X
19	Aufnahmedatum Kran-kenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

5 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
21	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X		X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	arterielle Hypertonie präoperativ			X	
30	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl [Anamnese] • Kreatininwert i.S. in µmol/l [Anamnese] 		X	X	
31	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁹	X	X	X	X
32	Monat der Operation ¹⁰	X	X	X	X
33	OP-Datum	X	X		
34	Operation ¹¹	X		X	
35	Dauer des Eingriffs			X	
36	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	

6 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4).

7 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5).

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Reoperation erforderlich • sonstige Komplikationen 		X	X	
38	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?		X	X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l [Spender bei Entlassung dialysepflichtig?]		X	X	
40	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X
41	Albumin i. U. $\geq 30\text{mg/l}$		X	X	X
42	Albumin i. U.		X	X	
43	arterielle Hypertonie			X	
44	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
45	Monat des Entlassungstages ¹³	X		X	X
46	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
47	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴	X		X	
48	Entlassungsgrund	X	X	X	X
49	Todesursache			X	

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

13) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebenspende (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrier-kode)				X
2	Vorgangsnummer, men-schenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Daten-satzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsab-schlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutions-kennzeichen der Kran-kenkasse der Versiche-tenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennum-mer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versicherten-nummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an die Bun-desauswertungsstelle ⁴	X	X		X
18	ET-Nummer zur Daten-übermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personen-bezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Abs. 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL).

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X			X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der Lebendspende ⁸	X			X
24	Datum der Nierenlebendspende	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	
29	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X	X	
30	Spender verstorben		X	X	X
31	Monat des Todesdatums ¹¹			X	X
32	Todesdatum		X		
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹²		X		X
34	Spender dialysepflichtig?		X	X	X

6 Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

8 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

11 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

12 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X	X	
36	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X
37	Albumin i. U. $\geq 30\text{mg/l}$		X	X	X
38	Albumin i. U.		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	
40	arterielle Hypertonie			X	

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V

Wird ergänzt für das Indexjahr 2021.

Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe an der Aortenklappe, der Mitralklappe und an Herzkranzgefäßen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS KCHK“ genannt.

(3) Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Erreichen von Behandlungszielen
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt.

Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- e) Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). Dies sind insbesondere das Überleben, eingriffsbedingte Komplikationen sowie erneute Folgeeingriffe und Krankenhausaufenthalte.

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr sind für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Zum 30. Juni 2027 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und

entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren mit dem Erfassungsjahr 2028 außer Kraft.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite im Lenkungsgremium gemäß Teil § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 48 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

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

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie
- b) den Krankenkassen.

Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2020.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

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

§ 7 Datenprüfung

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

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

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

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

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

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

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

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen aus bis zu zwei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.

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

(4) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Isolierte Koronarchirurgie
- b) Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie
- c) Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie
- d) Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie
- e) Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe
- f) Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
- g) Kombinierte Herzklappenchirurgie
- h) Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe.

(5) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten

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

Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die Auswertungen werden durch das Institut nach § 137a SGB V in seiner Funktion gemäß Teil 1 § 7 Satz 2 im Auftrag und in Abstimmung mit der Bundesstelle nach Teil 1 § 7 unter Hinzuziehung der Bundesfachkommissionen nach § 14 bewertet. Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

(2) Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. Das Institut nach § 137a SGB V führt das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 4 durch. Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen. Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird gemeinsam durch die zuständige Bundesfachkommission und das Institut nach § 137a SGB V bewertet. Sofern die Auffälligkeit im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden kann, wird dieses abgeschlossen und die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer entsprechend informiert. Das Institut nach § 137a SGB V informiert die Bundesstelle über die laufenden Stellungnahmeverfahren und ihre Ergebnisse.

(3) Können die Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht ausreichend aufgeklärt werden, empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie inklusive des Zeitrahmens, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. Folgt die Bundesstelle den Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V nicht, ist darüber im Bundesqualitätsbericht nach Teil 1 § 20 der Richtlinie zu berichten.

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

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

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

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2019 ergänzt.

§ 14 Bundesfachkommissionen

(1) Die Bundesstelle richtet eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie und Aortenklappe“ und eine Bundesfachkommission „KHCK - Schwerpunkt Mitralklappe“ ein und gibt beiden Bundesfachkommissionen eine Geschäftsordnung. Die Bundesfachkommissionen übernehmen die fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Auswertungen. In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie“ erfolgt die Beratung des Leistungsbereichs gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis d. In der Bundesfachkommission „KHCK - Schwerpunkt Mitralklappe“ erfolgt die Beratung der Leistungsbereiche gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe e bis h. Des Weiteren beraten die Bundesfachkommissionen die Stelle nach § 7 Absatz 2 bei der Bewertung auffälliger Ergebnisse und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie.

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

(3) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommissionen sind jeweils zwei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ oder „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates erhalten ein Mitberatungsrecht. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit Herzerkrankungen.

(4) Die Bundesfachkommissionen übernehmen gemäß Teil 1 § 8 Absatz 3 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung des Qualitätssicherungsverfahrens „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“ richtet das Institut nach § 137a SGB V ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein, für das jeweils drei ärztliche Vertreterinnen oder Vertreter der beiden Bundesfachkommissionen nach § 14 von diesen benannt werden. Darüber hinaus ist aus jeder Bundesfachkommission nach § 14 eine Vertreterin oder ein Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zu benennen. Das Expertengremium soll die unter Teil 1 § 26 Absatz 3 genannten Aufgaben wahrnehmen sowie unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen in den unter § 10 Absatz 4 genannten Leistungsbereichen bewerten und ggf. erforderlichen Handlungsbedarf feststellen.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum

Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt sowie differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis h für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung.²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen.³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Bundesstelle zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde.²Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen, sowie die Ergebnisse gemäß Teil 1 § 19 Absatz 3 der Richtlinie des Vorjahres.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 zweiter Spiegelstrich der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des zweiten Erfassungsjahres Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. Für die ersten zwei Erfassungsjahre werden keine Vergütungsabschlüsse erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) Abweichend von § 16 Absatz 1 Satz 6 ist die von den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie zu erstellende Aufstellung für das Erfassungsjahr 2020 wie folgt zu differenzieren:

- a) QS-Verfahren gesamt

- b) Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation
- c) Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation.

(2) Für Indexeingriffe der herzchirurgischen Leistungsbereiche Aortenklappenchirurgie, isoliert, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und Koronarchirurgie, isoliert der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2019 (Abschluss des Erfassungsjahres 2019) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Anlage I Indikatorenliste

1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
5	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen einer kombinierten koronar- und herzklappenchirurgischen Operation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Erreichen des Eingriffsziels bei kathetergestütztem isolierten Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Erreichen des Eingriffsziels bei offen-chirurgischem isolierten Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.

Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft.
Qualitätsziel	Angemessene Häufigkeit von Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthaltes bei kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten von Gefäßkomplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

17	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten intraprozeduraler Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten intraprozeduraler Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
20	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappen-chirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
21	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
22	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
23	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappen-chirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator

24	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
25	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
26	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
27	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach offenchirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
28	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
29	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
30	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
31	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT

Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
32	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
33	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
34	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
35	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
36	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
37	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklap-peneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
38	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach isolierter Ko-ronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
39	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
40	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
41	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
42	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
43	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
44	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
45	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
46	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
47	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator

48	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe im Rahmen einer kombinierten koronar- und herzklappenchirurgischen Operation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
49	Reintervention innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
50	Reintervention innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
51	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe im Rahmen einer kombinierten koronar- und herzklappenchirurgischen Operation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
52	PCI innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
53	PCI innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
54	PCI innerhalb eines Jahres nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
55	PCI innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
56	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

57	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
58	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
59	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
60	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
61	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
62	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
63	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
64	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT

Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
65	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
66	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kombinierter Herzklappen-chirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
67	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
68	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappen-chirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
69	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
70	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
71	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kombinierter Herzklappen-chirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
72	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
73	Sterblichkeit im Krankenhaus nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
74	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
75	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
76	Sterblichkeit im Krankenhaus nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
77	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
78	Sterblichkeit im Krankenhaus nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
79	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
80	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes

Indikatortyp	Ergebnisindikator
81	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
82	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
83	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
84	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
85	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
86	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
87	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
88	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklap-peneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
89	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
90	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
91	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
92	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
93	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappenein-griff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
94	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
95	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
96	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappen-eingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationsystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort	X	X	X	X
14	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
15	Fachabteilung	X			
16	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
18	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
21	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt 		X	X	

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

4 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
22	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		X	X	
23	medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		X	X	X
24	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocker • AT1-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Neprilysin-Hemmer • Diuretika • Aldosteronantagonisten • andere Medikation zur Therapie der Herzinsuffizienz 		X	X	
25	Angina Pectoris		X	X	
26	klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		X	X	
27	kardiogener Schock / Dekompensation		X	X	
28	Reanimation [Anamnese / Befund]		X	X	
29	<ul style="list-style-type: none"> • systolischer Pulmonalarterien-druck • systolischer Pulmonalarterien-druck unbekannt 		X	X	
30	Herzrhythmus bei Aufnahme		X	X	
31	Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		X	X	
32	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger		X	X	
33	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> • LVEF • LVEF unbekannt 		X	X	
35	Koronarangiographiebefund		X	X	
36	signifikante Hauptstammstenose		X	X	
37	Revaskularisation indiziert		X	X	
38	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt?			X	
39	Datum letzte PCI			X	
40	Anzahl		X	X	
41	akute Infektion(en) ⁷		X	X	
42	Diabetes mellitus		X	X	
43	arterielle Gefäßerkrankung		X	X	X

⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
44	periphere AVK		X	X	
45	Arteria Carotis		X	X	
46	Aortenaneurysma		X	X	
47	sonstige arterielle Gefäßerkran-kung(en)		X	X	X
48	Lungenerkrankung(en)		X	X	
49	neurologische Erkrankung(en)		X	X	X
50	Schweregrad der Behinderung		X	X	
51	präoperative Nierenersatzthera-pie		X	X	X
52	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
53	korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlas-sung		X	X	
54	geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		X	X	
55	neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	
56	Reanimation			X	
57	komplikationsbedingter notfallmä-ßiger Re-Eingriff		X	X	
58	postprozedurales akutes Nieren-versagen		X	X	
59	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		X	X	
60	Perikardtampnade		X	X	
61	schwerwiegende oder lebensbe-drohliche Blutungen (postproze-dural)		X	X	
62	Mediastinitis		X	X	
63	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		X	X	X
64	Abstand OP-Datum - zerebrovas-kuläres Ereignis ⁸		X	X	
65	Dauer des zerebrovaskulären Er- eignisses		X	X	
66	Schweregrad eines neurologi-schen Defizits bei Entlassung		X	X	
67	therapiebedürftige zugangsasso-ziierte Komplikationen		X	X	X
68	<ul style="list-style-type: none"> • Infektion(en) • Sternuminstabilität • Gefäßruptur • Dissektion 		X	X	

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des neu aufgetretenen zerebrovaskulären Ereignisses“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> therapierelevante Blutung/ Hä-matom Ischämie AV-Fistel Aneurysma spurium sonstige 				
69	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X	
70	paravalvuläre Leckage		X	X	
71	Patient trägt Schrittmacher / Defi-brillator			X	
72	Entlassungsdiagnose(n) ⁹	X		X	
73	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
74	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
75	Entlassungsgrund	X	X	X	
76	Registriernummer des Dokumen-tationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
77	Vorgangsnummer, menschenles-bar [Prozedur]	X			X
78	Vorgangsnummer, GUID [Proze-dur]	X			X
79	Versionsnummer [Prozedur]				X
80	Wievielter Eingriff während die-ses Aufenthaltes?		X		X
81	Postoperative Verweildauer: Dif-ferenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
82	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
83	Operation ¹⁴	X		X	
84	Koronarchirurgie		X	X	X
85	Aortenklappeneingriff		X	X	X
86	Mitralklappeneingriff			X	X
87	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		X	X	X
88	<ul style="list-style-type: none"> Eingriff an der Trikuspi-dalklappe Eingriff an der Pulmonalklappe Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand Vorhofablation 		X	X	

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

11 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

12 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

13 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Eingriff an herznahen Gefäßen • Herzohrverschluss • sonstige 				
89	Zugang		X	X	
90	Patient wird beatmet		X	X	
91	Dringlichkeit		X	X	
92	Nitrate (präoperativ)		X	X	
93	Troponin positiv (präoperativ)			X	
94	Inotrope (präoperativ)		X	X	
95	(präoperativ) mechanische Kreis-laufunterstützung		X	X	
96	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
97	Dauer des Eingriffs		X	X	
98	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt 		X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrastmittelmenge • kein Kontrastmittel appliziert 			X	
100	Intraprozedurale Komplikationen		X	X	X
101	<ul style="list-style-type: none"> • Device-Fehlpositionierung • Koronarostienverschluss • Aortendissektion • Aortenregurgitation > = 2. Grades • Annulus-Ruptur • Ruptur-/Perforation einer Herz-höhle • Perikardtamponade • LV-Dekompensation • Hirnembolie • Rhythmusstörungen • Device-Embolisation • vaskuläre Komplikation • Low Cardiac Output • schwerwiegende oder lebens-bedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural) • Patient verstarb im OP/Kathe-terlabor 		X	X	X
102	Therapie des Low Cardiac Output		X	X	
103	Konversion		X	X	X
104	Grund für den Wechsel des füh-renden Eingriffs		X	X	
105	Registriernummer des Dokumen-tationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarchirur-gie]				X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
106	Vorgangsnummer, menschenles-bar [Koronarchirurgie]	X			X
107	Vorgangsnummer, GUID [Koro-narchirurgie]	X			X
108	Versionsnummer [Koronarchirur-gie]				X
109	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufent-haltes?				X
110	Anzahl der Grafts		X	X	X
111	<ul style="list-style-type: none"> • ITA links • sonstige Grafts 		X	X	
112	Registriernummer des Dokumen-tationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Aortenklappen-eingriff]				X
113	Vorgangsnummer, menschenles-bar [Aortenklappeneingriff]	X			X
114	Vorgangsnummer, GUID [Aorten-klappeneingriff]	X			X
115	Versionsnummer [Aortenklap-peneingriff]				X
116	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
117	Stenose			X	
118	Insuffizienz			X	
119	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Frailty • Hochrisiko • Prognose-limitierende Zweiter-krankung • Patientenwunsch • Porzellan-Aorta • Malignom (nicht kurativ behan-delt) • sonstige 		X	X	
120	Registriernummer des Dokumen-tationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Mitralklappen-eingriff]				X
121	Vorgangsnummer, menschenles-bar [Mitralklappeneingriff]	X			X
122	Vorgangsnummer, GUID [Mitralklappeneingriff]	X			X
123	Versionsnummer [Mitralklappen-eingriff]				X
124	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbezo-gene Gründe
125	Beschwerdebild der Mitralklap-penerkrankung		X	X	
126	Mitralklappenvitium		X	X	X
127	führende Genese der Mitralklap-peninsuffizienz		X	X	
128	<ul style="list-style-type: none"> • effektive Mitralklappenregurgi-tationsfläche (EROA) • Mitralklappenregurgitationsflä- che unbekannt 		X	X	
129	<ul style="list-style-type: none"> • Mitralklappenregurgitationsvo- lumen (RVOL) • Mitralklappenregurgitationsvo- lumen unbekannt 		X	X	
130	<ul style="list-style-type: none"> • Vena contracta • Vena contracta unbekannt 		X	X	
131	<ul style="list-style-type: none"> • LVESD • LVESD unbekannt 		X	X	
132	<ul style="list-style-type: none"> • Mitralklappenöffnungsfläche • Mitralklappenöffnungsfläche unbekannt 		X	X	
133	linksatrialer Thrombus		X	X	
134	Morphologie der Mitralklappe auf- fällig?		X	X	X
135	<ul style="list-style-type: none"> • Segelprolaps • Flail leaflet • Ruptur der Papillarmuskulatur • erhebliche Koaptationslücke • fibrotische Verdickung • Verkalkung/Sklerosierung • Vegetationen • Kommissurenfusionen 		X	X	X
136	eingriffsassoziertes Risiko auf- grund schwerer Begleiterkrankun- gen		X	X	
137	hohes Risiko für Embolie		X	X	
138	hohes Risiko für hämodynami- sche Dekompensation		X	X	

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikatorberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹	source(301)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X			
	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X	
	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X			

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund			X	
	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000‘ bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000‘ bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X			
	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X			
	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	
	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X.	
	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	
	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek			X	
	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	
	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X			
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedureschlüssel@ops	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X			X
§ 295 (kollektivvertraglich)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X		
	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X			
	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X			
	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X		X	
	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit			X	
	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X			
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X		X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 284 (Stammdaten)						
	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹²	Stamm@versicherungsdatum				X
	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§ 295 (selektivvertraglich)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(295s)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁶	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁷	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X

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

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

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

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

¹⁶ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹⁷ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X		
	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X			
	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X			
	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X			
	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X			
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X		X	
	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X			X
Administrative Daten						
	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

”

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden 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