



Beschluss

**des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL):
Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS), Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP), Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC), Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP), Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK), Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF), Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM), Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) und Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)**

Vom 16. Juli 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2020 beschlossen, 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 7 bis 15 angefügt:

„Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)“

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Karotis-Revaskularisation“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS KAROTIS“ genannt.

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle
- c) Prozessqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäusermöglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 Krankenhaus 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.

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

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

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

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

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, von denen mindestens eine oder einer die Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie und mindestens eine oder einer die Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie führen muss und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie oder der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

- (1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.
- (2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

- (1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.
- (3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie,

worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs Karotis-Revaskularisation der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Indikator-ID	603
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 60 % (NASCET) vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Indikator-ID	604
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 50 % (NASCET) vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Indikator-ID	52240
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen Schlaganfall erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Keine periprozeduralen Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Indikator-ID	11704
Beschreibung	Der Indikator erfasst periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt
Indikator-ID	51437
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.

Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt
Indikator-ID	51443
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50% (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
7	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
Indikator-ID	51873
Beschreibung	Der Indikator erfasst periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit
Indikator-ID	161800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden und periprozedurale neurologische Symptome aufwiesen.
Qualitätsziel	Fachneurologische Untersuchung im Falle eines postprozedural neu aufgetretenen neurologischen Defizits
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-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	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X		X	
16	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
17	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
18	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
20	Diabetes mellitus		X	X	

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

² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
21	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
22	<ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
23	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?		X	X	X
24	Karotisläsion rechts		X	X	X
25	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X	
26	<ul style="list-style-type: none"> Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen. 		X	X	
27	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X
28	Karotisläsion links		X	X	X
29	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X	
30	<ul style="list-style-type: none"> Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen. 		X	X	
31	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X
32	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		X	X	
34	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	
35	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung Aneurysma symptomatisches Coiling Mehretagenläsion sonstige [sonstige Karotisläsionen der rechten Seite]		X	X	
37	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X
38	<ul style="list-style-type: none"> exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> Aneurysma symptomatisches Coiling Mehretagenläsion sonstige [sonstige Karotisläsionen der linken Seite]				
39	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		X	X	X
40	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X	
41	Quartal des Entlassungstages ⁴	X			X
42	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
43	Entlassungsdiagnose(n) ⁶	X			
44	Entlassungsgrund	X	X	X	
45	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
46	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
47	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
48	Versionsnummer [Prozedur]				X
49	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X
50	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X	X	X	X
51	Quartal der Operation ⁸	X			X
52	<ul style="list-style-type: none"> Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) Eingriff ohne Narkose erfolgt 		X	X	
53	Indikation		X	X	
54	therapierte Seite		X	X	
55	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X
56	Prozedur(en) ⁹	X			
57	Art des Eingriffs		X	X	
58	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X	

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

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

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

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

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

9 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
59	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X	
60	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
61	Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?			X	X
62	<ul style="list-style-type: none"> • ASS • Clopidogrel • sonstige ADP-Rezeptorantagonisten • GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten • sonstige 		X	X	
63	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
64	neu aufgetretenes neurologisches Defizit		X	X	X
65	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X	

Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind ambulant erworbene Pneumonien bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „ambulant erworbene Pneumonie“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS CAP“ (community-acquired pneumonia) genannt.

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- b) Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts.

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

- a) Verbesserung der Prozessqualität
- b) Verringerung der Sterblichkeit.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationären Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (Indexbehandlungen).

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt.

Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten

Krankenhäuser, die mindestens eine Patientin oder einen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 behandelt haben. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 die Behandlung 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 Krankenhaus 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.

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

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

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

- 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 die Behandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin. Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser sowie der Krankenkassen muss die Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie führen. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind die Auswertungen aus dem Vorjahr, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für stationäre Behandlungen im Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS CAP)

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Indikator-ID	2005
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Indikator-ID	2009
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Frühmobilisation nach Aufnahme
Indikator-ID	2013
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Mobilisation nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Indikator-ID	2028
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung vollständig bestimmt wurden.
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	50778
Beschreibung	Der Indikator gibt die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus an.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Indikator-ID	50722
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme erfolgte.
Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CAP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				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	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	aufnehmender Standort	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X	X	X	
16	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
18	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung		X	X	
19	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer		X	X	

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

² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	stationärer Rehabilitationseinrichtung				
20	chronische Bettlägerigkeit		X	X	
21	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle		X	X	X
22	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? [Aufnahme]		X	X	
23	<ul style="list-style-type: none"> • spontane Atemfrequenz • spontane Atemfrequenz nicht bestimmt [Aufnahme]		X	X	
24	Blutdruck systolisch		X	X	
25	Blutdruck diastolisch		X	X	
26	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		X	X	
27	erste Sauerstoffsättigung		X	X	
28	initiale antimikrobielle Therapie		X	X	
29	Beginn der Mobilisation		X	X	
30	maschinelle Beatmung		X	X	
31	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?		X	X	X
32	Abstand Aufnahmedatum bis Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte ⁴			X	X
33	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum ⁵			X	X
34	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X

4 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ und „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

6 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁷	X	X	X	X
36	Entlassungsdiagnose(n) ⁸	X			
37	Entlassungsgrund	X	X	X	X
38	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X	
39	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme		X	X	
40	spontane Atemfrequenz [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung]		X	X	
41	Herzfrequenz		X	X	
42	Temperatur		X	X	
43	Sauerstoffsättigung		X	X	
44	Blutdruck systolisch [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung]		X	X	

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁸ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust. Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden. Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Prozessqualität
- c) Ergebnisqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle

Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 Krankenhaus 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.

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

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

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

- 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 LAGen bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Von diesen Vertreterinnen oder Vertretern sollte jeweils eine oder einer über die Bezeichnung Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie verfügen. Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs „Mammachirurgie“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Indikator-ID	51846
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen vor einem Ersteingriff bei Primärerkrankung DCIS oder invasives Mammakarzinom prätherapeutisch eine histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52267
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator niedrige Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52278
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator hohe Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung ¹
Indikator-ID	52330
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ mammografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie
Indikatortyp	Prozessindikator

5	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung ¹
Indikator-ID	52279
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ sonografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie.
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Primäre Axilladisektion bei DCIS ¹
Indikator-ID	2163
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS im prätherapeutischen Histologiebefund eine primäre Axilladisektion erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS
Indikatortyp	Indikationsstellung
7	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikator-ID	50719
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS bei brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Indikator-ID	51847
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit negativem Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie erhielten und bei denen keine Axilladisektion durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Indikationsstellung
9	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Indikator-ID	51370
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen die Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff weniger als 7 Tage beträgt.

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Nachresektionsrate
Indikator-ID	60659
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Nachresektionen bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort bei abgeschlossener primär-operativer Therapie und erreichtem R0-Status.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Indikator-ID	211800
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff, die nach abgeschlossener primär-operativer Therapie eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
Indikator-ID	212000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
13	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk
Indikator-ID	212001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden ohne Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QI darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	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	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X		X	
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
17	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X

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

2 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
19	Aufnahmediagnose(n) ⁴	X			
20	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	
21	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
22	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X	X	X	X
23	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X
24	Entlassungsdiagnose(n) ⁷	X		X	
25	Entlassungsgrund	X		X	
26	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Brust]				X
27	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Brust]	X			X
28	Vorgangsnummer, GUID [Brust]	X			X
29	Versionsnummer [Brust]				X
30	betroffene Brust/Seite			X	X
31	Erkrankung an dieser Brust		X	X	X
32	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust		X	X	X
33	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X	
34	tastbarer Mammabefund		X	X	X
35	Mikrokalk ohne Herdbefund		X	X	
36	Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		X	X	

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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

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

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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		X	X	X
38	Histologie			X	X
39	maligne Neoplasie [Histologie]		X	X	
40	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes		X		X
41	Histologischer Typ		X	X	
42	Grading		X	X	
43	Hormonrezeptorstatus		X	X	
44	HER2-Status		X	X	
45	Ki67-Status		X	X	
46	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen ⁸		X	X	X
47	Quartal (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes ⁹		X		X
48	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	
49	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		X	X	
50	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde			X	X
51	maligne Neoplasie [Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde]		X	X	X
52	primär-operative Therapie abgeschlossen		X	X	X
53	weitere Therapieempfehlung		X	X	

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
54	pT		X	X	
55	pN		X	X	
56	Grading (WHO)		X	X	
57	Gesamttumorgröße		X	X	
58	Grading (Elston und Ellis)		X	X	
59	immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		X	X	
60	HER2-Status		X	X	
61	histologisch gesicherte Multizentrität		X	X	
62	R0-Resektion		X	X	X
63	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		X	X	
64	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen		X	X	X
65	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X	
66	brusterhaltende Therapie (BET)		X	X	
67	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
68	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
69	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Operation]				X
70	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation]	X			X
71	Vorgangsnummer, GUID [Operation]	X			X
72	Versionsnummer [Operation]				X
73	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des				X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Mutterteildatensatzes [Operation]				
74	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
75	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren		X	X	X
76	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie		X	X	
77	OP-Datum	X	X		
78	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰	X	X	X	X
79	Quartal der Operation ¹¹	X			X
80	Operation ¹²	X	X	X	X
81	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt		X	X	

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind gynäkologische Eingriffe. Erfasst werden stationär durchgeführte Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien) bei Patientinnen ab 11 Jahren. Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Gynäkologische Operationen“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS GYN-OP“ genannt.

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Komplikationen
- c) Prozessqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte die Krankenhäuser und in den Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle

Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 Krankenhaus 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.

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

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

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

- 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 LAGen bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs „Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP)

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation ¹
Indikator-ID	51906
Beschreibung	Es werden alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei der ersten laparoskopischen bzw. einer ausschließlich laparoskopischen und abdominellen Operation betrachtet und mit der Referenzpopulation unter Berücksichtigung des patientenindividuellen Risikos verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung ¹
Indikator-ID	12874
Beschreibung	Aus allen isolierten Ovareingriffen mit Gewebeentfernung werden Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund ¹
Indikator-ID	10211
Beschreibung	Aus allen isolierten Ovareingriffen mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe werden diejenigen Patientinnen betrachtet, bei denen die vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikator-ID	60685
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen bis 45 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
5	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikator-ID	60686
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt

	wurde, werden alle Patientinnen betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Indikator-ID	612
Beschreibung	Aus allen Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit führendem histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, werden die Operationen betrachtet, die organerhaltend durchgeführt wurden-
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Indikator-ID	52283
Beschreibung	Aus allen isolierten Operationen am Ovar- oder Tuba uterina, die bei Patientinnen durchgeführt wurden, wird die assistierte Blasenentleerung, welche mittels transurethralem Dauerkatheter und länger als 24 Stunden durchgeführt wurde, als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralem Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar- oder Tuba uterina
Indikatortyp	Indikationsstellung

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QI darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	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	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X			X
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
16	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X

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

2 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
18	Aufnahmediagnose(n) ⁴	X			
19	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
20	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
21	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X
22	Entlassungsdiagnose(n) ⁷	X	X	X	
23	Entlassungsgrund	X	X	X	
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Operation]				X
25	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation]	X			X
26	Vorgangsnummer, GUID [Operation]	X			X
27	Versionsnummer [Operation]				X
28	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
29	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus ⁸	X	X	X	
30	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
31	Voroperation im OP-Gebiet		X	X	
32	perioperative Antibiotikaprophylaxe ⁹		X	X	
33	OP-Datum	X			
34	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰	X		X	X

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

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

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

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

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

8 Diese Angabe ist nur im Bundesland Hessen verpflichtend zu dokumentieren.

9 Diese Angabe ist nur im Bundesland Hessen verpflichtend zu dokumentieren.

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	Quartal der Operation ¹¹	X			X
36	Operation ¹²	X	X	X	X
37	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?		X		
38	intraoperative Komplikationen			X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • Blase • Harnleiter • Urethra • Darm • Uterus • Gefäß-/Nervenläsion • Lagerungsschaden • andere Organverletzungen • andere intraoperative Komplikationen 		X	X	
40	postoperative Histologie		X	X	X
41	führender Befund		X	X	X
42	pT		X	X	
43	pN		X	X	
44	M		X	X	
45	G		X	X	
46	assistierte Blasenentleerung		X	X	X
47	<ul style="list-style-type: none"> • wiederholte Einmalkatheterisierung • transurethraler Dauerkatheter • suprapubischer Dauerkatheter 		X	X	
48	Dauer der assistierten Blasenentleerung		X	X	

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

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

Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die Erfassung von Dekubitalulcera-Grad/Kategorie 2 oder höhergradig bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts. Diese werden nachfolgend als „Indexereignisse“ bezeichnet.

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

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgenden qualitätsrelevanten Aspekt messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts.

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

a) Verbesserung der Prozessqualität

b) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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 aufgetretenen Indexereignisse.

(2) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(3) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(4) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(5) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexereignissen in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einbezogen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da die durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte

Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) und der Risikostatistik der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) Einen jährlichen Rückmeldebericht unter Berücksichtigung der Risikostatistik sowie vierteljährliche Zwischenberichte ohne Berücksichtigung der Risikostatistik erhalten

Krankenhäuser, die stationäre Leistungen erbracht haben. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 das Indexereignis auftrat
- 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 Krankenhaus 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.

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

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

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

- 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 das Indexereignis auftrat
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde oder die als Arzt oder Ärztin approbiert sind. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

- (1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.
- (2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sowie die Risikostatistik sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. Sie leiten die Risikostatistik unverzüglich bis spätestens zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

- (1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach

Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexereignisse des Leistungsbereichs Pflege: Dekubitusprophylaxe der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erfasst worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS DEK)

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Indikator-ID	52009
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik, werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Grad 2 bis 4, oder einem Dekubitus der hinsichtlich des Grades / der Kategorie nicht näher bezeichnet wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad / bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Indikator-ID	52010
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik, werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad 4 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene 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 *	Institutionskennzeichen	X			X
10 *	entlassender Standort	X	X	X	X
11	Betriebsstätten-Nummer	X			
12	Fachabteilung	X			
13 *	Geburtsjahr ¹	X		X	X
14	Geschlecht	X		X	
15 *	Monat des Aufnahmetages ²	X		X	X
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
17	Aufnahmegrund	X		X	
18	Monat des Entlassungstages ⁴	X	X	X	X

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

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

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

4 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
19	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X			X
20	Verweildauer im Krankenhaus in Stunden		X		X
21	Entlassungsgrund	X		X	
22 *	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2		X	X	
23 *	sonstiger Diabetes Mellitus		X	X	
24 *	eingeschränkte Mobilität		X	X	
25 *	Infektion		X	X	
26 *	Demenz und Vigilanzstörung		X	X	
27 *	Inkontinenz		X	X	
28 *	Untergewicht oder Mangelernährung		X	X	
29 *	Adipositas		X	X	
30 *	weitere schwere Erkrankungen		X	X	
31 *	Dauer der Beatmung		X	X	
32	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Dekubitus]				X
33	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dekubitus]	X			X
34	Vorgangsnummer, GUID [Dekubitus]	X			X
35	Versionsnummer [Dekubitus]				X
36	Wievielter Dekubitus?				X
37 *	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	X	X	X	
38 *	Seitenlokalisierung	X			X
39	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")		X	X	
40	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")			X	

* Information wird in anonymisierter, aggregierter Form für die gesamte Zielpopulation des Verfahrens (also auch für Patienten ohne Dekubitus) in der Risikostatistik erfasst.

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

Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind Implantationen, Aggregatwechsel sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantation von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“. Das Verfahren wird nachfolgend „QS HSMDEF“ genannt.

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Prozessqualität
- c) Peri- und postoperative Komplikationen.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

(2) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 96 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - 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 Krankenhaus 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 Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Herzschrittmacher-Implantation
- b) Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
- c) Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
- d) Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
- e) Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel“
- f) „Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation“

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

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - 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 LAGen bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Allgemein Chirurgie oder Gefäßchirurgie oder Thoraxchirurgie sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Allgemein Chirurgie oder Gefäßchirurgie oder Thoraxchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen

erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Herzschrittmacher-Implantation“, „Herzschrittmacher-Aggregatwechsel“, „Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation“, „Implantierbare Defibrillatoren – Implantation“, „Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel“ und „Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche „Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)“ und „Implantierbaren Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren - Implantation, Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS HSMDEF)**a) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Implantation**

1	Leitlinienkonforme Indikation
Indikator-ID	101803
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikator-ID	54140
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Systeme 3. Wahl
Indikator-ID	54143
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem implantierten System 3. Wahl gemäß Leitlinie.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Indikator-ID	52139
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen und -Aggregatwechseln, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt.
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Dosis-Flächen-Produkt
Indikator-ID	101800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikator-ID	52305
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen.

Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	101801
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikator-ID	52311
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Indikator-ID	2190
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Einkammer- und Zweikammersystemen, bei denen das Aggregat aufgrund einer Batterieerschöpfung innerhalb von 4 Jahren nach dem Indexeingriff gewechselt wird.
Qualitätsziel	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren
Indikator-ID	2191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmachern, bei denen innerhalb von 8 Jahren nach dem Indexeingriff kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)

Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	2194
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmachern, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	2195
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmachern, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikator-ID	102001
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

b) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

1	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikator-ID	52307
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden.
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	111801
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) **Indikatorenliste Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation**

1	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	121800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Indikator-ID	52315
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion bei revidierter bzw. neu implantierter Sonde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51404
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

d) **Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Implantation**

1	Leitlinienkonforme Indikation
Indikator-ID	50055
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillator-Implantation
Indikatortyp	Indikationsstellung

2		Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikator-ID	50005	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl.	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Indikator-ID	52131	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen und - Aggregatwechseln, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt.	
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Dosis-Flächen-Produkt
Indikator-ID	131801	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt.	
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikator-ID	52316	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	131802	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikator-ID	52325	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

8	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikator-ID	51186	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	
Indikator-ID	132000	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von implantierbaren Defibrillatoren, bei denen innerhalb von 6 Jahren nach dem Indexeingriff kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt.	
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
10	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Indikator-ID	132001	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von implantierbaren Defibrillatoren, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt.	
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
11	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
Indikator-ID	132002	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von implantierbaren Defibrillatoren, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt.	
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
12	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	
Indikator-ID	132003	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist.	
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

e) **Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel**

1	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikator-ID	52321
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden.
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	141800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator

f) **Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation**

1	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	151800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Indikator-ID	52324
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion bei revidierter bzw. neu implantierter Sonde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51196

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Implantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-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-Versicherten ³	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁴	X	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	
22	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X
24	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
25	führendes Symptom		X	X	
26	Herzinsuffizienz		X	X	
27	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		X	X	X
28	Ätiologie		X	X	
29	Persistenz der Bradykardie		X	X	
30	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		X	X	
31	Diabetes mellitus		X	X	
32	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X	
33	Vorhofrhythmus		X	X	
34	AV-Block		X	X	
35	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	X
36	QRS-Komplex		X	X	

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

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

6 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	Pausen außerhalb von Schlafphasen		X	X	
38	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		X	X	
39	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen			X	
40	<ul style="list-style-type: none"> Ejektionsfraktion EF nicht bekannt 		X	X	
41	AV-Knotendiagnostik		X	X	
42	neurokardiogene Diagnostik		X	X	
43	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens		X	X	
44	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend		X	X	
45	OP-Datum	X	X		
46	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X		X	X
47	Quartal der Operation ⁸	X		X	X
48	Operation ⁹	X	X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> Vena cephalica Vena subclavia andere 		X	X	
50	Dauer des Eingriffs		X	X	
51	<ul style="list-style-type: none"> Dosis-Flächen-Produkt Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt keine Durchleuchtung durchgeführt 		X	X	
52	System		X	X	X
53	Sonde am HIS-Bündel implantiert?		X	X	X
54	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
55	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
56	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle 		X	X	

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁹ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle nicht gemessen [System; Rechtsventrikuläre Sonde]				
57	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
58	Linksventrikuläre Sonde aktiv?				X
59	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
60	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax interventionspflichtiger Perikarderguss interventionspflichtiges Taschenhämatom Sonden- bzw. Systemdislokation Sonden- bzw. Systemdysfunktion postoperative Wundinfektion interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	X
62	<ul style="list-style-type: none"> Sondendislokation im Vorhof Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel 			X	
63	<ul style="list-style-type: none"> Sondendysfunktion im Vorhof Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel 			X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
64	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
65	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
66	Entlassungsgrund	X	X	X	
67	Entlassungsdiagnose(n) ¹²	X		X	

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

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				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-Versicherten 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	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁴	X	X	X	X
19	Geschlecht	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

⁴ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
20	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X		X	X
22	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
23	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
24	OP-Datum	X	X		
25	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X		X	X
26	Quartal der Operation ⁸	X		X	X
27	Operation ⁹	X		X	
28	Dauer des Eingriffs		X	X	
29	System		X	X	X
30	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
31	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
35	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation 		X	X	

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

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁹ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • interventionspflichtiges Taschenhämatom • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
37	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
38	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
39	Entlassungsgrund	X		X	
40	Entlassungsdiagnose(n) ¹²	X		X	

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifi-kation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				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	Dokumentationsabschlus sdatum				X

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 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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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	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	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁴	X	X	X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X		X	X
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
23	Indikation zum Eingriff am Aggregat		X	X	
24	Taschenproblem		X	X	
25	Sondenproblem			X	X
26	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde		X	X	
27	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde		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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

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

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

6 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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde		X	X	
29	OP-Datum	X	X		
30	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X		X	X
31	Quartal der Operation ⁸	X		X	X
32	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
33	Operation ⁹	X		X	X
34	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			X	X
35	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X
36	Sonde am HIS-Bündel implantiert?		X	X	X
37	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; Schrittmacher-Aggregat]		X	X	X
38	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof]		X	X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof]		X	X	
40	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
41	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	X
42	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle 		X	X	

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁹ 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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde]				
43	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
44	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	
46	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
47	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax interventionspflichtiger Perikarderguss interventionspflichtiges Taschenhämatom Sonden- bzw. Systemdislokation Sondendysfunktion postoperative Wundinfektion interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	X
48	<ul style="list-style-type: none"> Sondendislokation im Vorhof Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel 		X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> Sondendysfunktion im Vorhof 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	• Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel				
50	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
51	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
52	Entlassungsgrund	X	X	X	
53	Entlassungsdiagnose(n) ¹²	X		X	

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene 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 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 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten 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	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁴	X		X	X
19	Geschlecht	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	
22	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X
24	Herzinsuffizienz		X	X	
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
26	<ul style="list-style-type: none"> • linksventrikuläre Ejektionsfraktion • LVEF nicht bekannt 		X	X	
27	Diabetes mellitus		X	X	
28	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X	
29	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen		X	X	

2 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

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

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

6 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Status des Patienten?				
30	indikationsbegründendes klinisches Ereignis		X	X	X
31	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		X	X	
32	KHK		X	X	X
33	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD		X	X	
34	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn		X	X	
35	Herzerkrankung		X	X	X
36	spontanes Brugada-Typ-1-EKG		X	X	
37	Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)?		X	X	
38	Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet		X	X	
39	WPW-Syndrom		X	X	
40	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		X	X	
41	behandelbare idiopathische Kammertachykardie		X	X	
42	Kammertachykardie induzierbar		X	X	
43	Kammerflimmern induzierbar		X	X	
44	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocker und/oder Ivabradin • AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI) 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Diuretika • Aldosteronantagonisten 				
46	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit		X	X	
47	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		X	X	
48	Vorhofrhythmus		X	X	
49	AV-Block		X	X	
50	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	X
51	QRS-Komplex		X	X	
52	OP-Datum	X	X		
53	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X		X	X
54	Quartal der Operation ⁸	X		X	X
55	Operation ⁹	X	X	X	
56	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cephalica • Vena subclavia • andere 		X	X	
57	Dauer des Eingriffs		X	X	
58	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt • keine Durchleuchtung durchgeführt 		X	X	
59	System		X	X	X
60	Aggregatposition			X	
61	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhofsonde]		X	X	
62	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
63	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden			X	
64	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁹ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
65	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
66	Linksventrikuläre Sonde aktiv?		X	X	X
67	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
68	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
69	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • revisionsbedürftige Sondendislokation • revisionsbedürftige Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	X
70	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der Vorhofsonde • Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde • Sondendislokation der linksventrikulären Sonde • Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde • Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) 			X	
71	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der Vorhofsonde • Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde 			X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde • Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) 				
72	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
73	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
74	Entlassungsgrund	X	X	X	
75	Entlassungsdiagnose(n) ¹²	X		X	

e) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				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	Dokumentationsabschluss				X

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 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	sdatum				
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	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	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁴	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X		X	X
22	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
23	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
24	OP-Datum	X	X		
25	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

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

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

7 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
26	Quartal der Operation ⁸	X		X	X
27	Operation ⁹	X		X	
28	Dauer des Eingriffs		X	X	
29	System		X	X	X
30	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
31	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	
35	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiges Taschenhämatom postoperative Wundinfektion sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	
37	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
38	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
39	Entlassungsgrund	X		X	

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

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.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
40	Entlassungsdiagnose(n) ¹²	X		X	

f) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				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	Dokumentationsabschluss datum				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	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X

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

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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-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	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁴	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X		X	X
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
23	Indikation zum Eingriff am Aggregat		X	X	
24	Taschenproblem		X	X	
25	Sondenproblem			X	X
26	OP-Datum	X	X		
27	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X		X	X
28	Quartal der Operation ⁸	X	X	X	X
29	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
30	Operation ⁹	X		X	
31	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X
32	Art des Vorgehens [ICD-Aggregat]		X	X	X
33	Aggregatposition			X	
34	explantiertes System			X	X
35	<ul style="list-style-type: none"> • Aggregat: Jahr der Implantation • Jahr der Implantation nicht bekannt 		X	X	
36	Art des Vorgehens [Vorhof]		X	X	X

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

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

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

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

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

9 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	Problem [Vorhof; Art des Vorgehens]		X	X	
38	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Vorhof; Art des Vorgehens]		X	X	
40	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
41	Art des Vorgehens [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde]		X	X	X
42	Problem [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
43	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde		X	X	
44	Position [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
46	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
47	Art des Vorgehens [Zweite Ventrikelsonde]		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
48	Problem [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
49	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde		X	X	
50	Position [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
51	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
52	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position]		X	X	
53	Art des Vorgehens [Dritte Ventrikelsonde]		X	X	X
54	Problem [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
55	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde		X	X	
56	Position [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
57	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
58	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position]		X	X	
59	Art des Vorgehens [Andere Defibrillationssonde(n)]		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
60	Problem [Andere Defibrillationssonde(n); Art des Vorgehens]		X	X	
61	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)		X	X	
62	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
63	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • revisionsbedürftige Sondendislokation • revisionsbedürftige Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	X
64	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der Vorhofsonde • Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde • Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde • Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) 		X	X	
65	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der Vorhofsonde • Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> Sondendysfunktion der anderen Defibrillations-sonde(n) 				
66	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
67	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
68	Entlassungsgrund	X	X	X	
69	Entlassungsdiagnose(n) ¹²	X		X	

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

Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie).

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

(3) Das Verfahren soll insbesondere qualitätsrelevanten Aspekte, wie unerwünschte Ereignisse der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen/neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Prozessqualität
- b) Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- c) Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- d) Verringerung der Sterblichkeit.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Behandlungen und Geburten und der neonatologischen Versorgung im Krankenhaus.

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen und Geburten werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung der Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie sowie innerhalb der Neonatologie erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierende Daten die Vor- und Nachnamen der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes sowie die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V zur Ermöglichung der Zusammenführung im Bereich Neonatologie.

(2) Die pseudonymisierten patientenidentifizierenden Daten werden von der Bundesauswertungsstelle nach spätestens 48 Monaten gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten Krankenhäuser, die eine geburtshilfliche oder neonatologische oder Leistungen in diesen beiden Bereichen gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 erbracht haben. Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 die Behandlung 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 Krankenhaus 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 Berichte sind differenziert zu erstellen für

- a) Geburtshilfe
- b) Neonatologie

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

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

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

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

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

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) differenziert nach „Geburtshilfe“ und „Neonatologie“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind die Auswertungen aus dem Vorjahr, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Geburten und Behandlungen des Leistungsbereichs Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin -Neonatologie) der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020

(Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS PM)**a) Indikatorenliste Geburtshilfe**

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen¹
Indikator-ID	330
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen), die mindestens zwei Tage vor Geburt stationär aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung¹
Indikator-ID	50045
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaphylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittentbindung.
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Kaiserschnittgeburt
Indikator-ID	52249
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten¹
Indikator-ID	1058
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Entschluss-Entwicklungs-Zeiten von mehr als 20 Minuten bei allen Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden.
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Indikator-ID	51831
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Azidose bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Indikatortyp	Ergebnisindikator

6	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten ¹	
Indikator-ID	318	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädiatern bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen).	
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen	
Indikatortyp	Prozessindikator	
7	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ¹	
Indikator-ID	51803	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern, an Kindern mit einem 5-Minuten-Apgar unter 5, an Kindern mit einem Base Excess unter -16 und an Kindern mit einer Azidose bei allen reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum 5-Minuten-Apgar, Base Excess und pH-Wert.	
Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	
Indikator-ID	181800	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad IV bei allen Müttern mit spontanen bzw. vaginal-operativen Einlingsgeburten.	
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QIs darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

b) Kennzahlliste Geburtshilfe

9	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	
ID	182010	
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen bei allen Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.	
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
10	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	
ID	182011	
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen	

	bei allen Kindern, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182014
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen bei allen Kindern, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Neonatologie

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikator-ID	51070
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Indikator-ID	51901
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern im Krankenhaus, an Kindern mit einer Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) und an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Nosokomiale Infektion
Indikator-ID	50060
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit Sepsis/SIRS später als 3 Tage nach

	Geburt oder einer Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), die nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt waren und am Tag der Geburt aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe
Indikator-ID	50062
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einem Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung.
Qualitätsziel	Selten Pneumothorax
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Zunahme des Kopfumfangs
Indikator-ID	52262
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen die Differenz aus der relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt, bei allen Lebendgeborenen mit einer stationären Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm, unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat.
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Durchführung eines Hörtests
Indikator-ID	50063
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde, bei allen lebend nach Hause entlassenen Kindern.
Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Indikator-ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m..
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur

Indikatortyp	Prozessindikator
8	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikator-ID	50074
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie, mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p.m..
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Geburtshilfe

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Mutter]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Mutter]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Mutter]	X			X
4	Versionsnummer [Mutter]				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		X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	• Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten ³	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“ und „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• Nachname der Mutter liegt nicht vor				
12	• Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten ⁴ • Vorname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	• entbindender Standort • diagnostizierender Standort (ICD)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsnummer			X	
19	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
20	Versorgungsstufe	X	X	X	
21	Geburtsjahr ⁵	X		X	X
22	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
23	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
24	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷		X	X	X
25	Aufnahmeuhrzeit	X		X	
26	Aufnahmediagnose Mutter ⁸	X		X	
27	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit ⁹	X			
28	5-stellige PLZ des Wohnortes		X		
29	Postleitzahl 4-stellig		X		
30	Postleitzahl 3-stellig		X		
31	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften		X	X	X
32	Anzahl Lebendgeburten		X	X	
33	Anzahl Totgeburten		X	X	
34	Befunde im Mutterpass vorhanden			X	X

4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

9 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	Befunde im Mutterpass ¹⁰		X	X	X
36	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung		X	X	
37	Diagnostetst zum Gestationsdiabetes durchgeführt		X	X	X
38	Diagnostetst auffällig		X	X	
39	Körpergewicht bei Erstuntersuchung		X	X	
40	Körpergröße		X	X	
41	berechneter, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin		X	X	X
42	Klinisches Gestationsalter		X	X	
43	Aufnahmeart		X	X	
44	Muttermundsweite bei Aufnahme		X	X	
45	Antenatale Kortikosteroidtherapie		X	X	
46	Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie (in Minuten) ¹¹		X	X	
47	Aufnahme-CTG		X	X	
48	Geburtsrisiken			X	X
49	Geburtsrisiko ¹²		X	X	
50	Geburtseinleitung		X	X	
51	Wehenmittel s. p.		X	X	
52	Episiotomie			X	
53	Damriss		X	X	
54	Blutung > 1000 ml			X	
55	Hysterektomie/Laparotomie		X	X	
56	Sepsis		X	X	
57	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tage		X	X	
58	Anämie Hb < 10 g/dl		X	X	
59	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen		X	X	X

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

¹¹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ und „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
60	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenen-thrombose • Lungenembolie • Harnwegsinfektion • Wundinfektion/Abszes sbildung • Wundhämatom/Nach-blutung • sonstige Komplikation 			X	
61	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹³	X		X	
62	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹⁴	X		X	
63	Entlassungsgrund Mutter	X	X	X	
64	Entlassungsdatum Mutter	X			
65	Quartal des Entlassungstages ¹⁵	X		X	X
66	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁶	X		X	X
67	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt		X	X	
68	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Kind]				X
69	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Kind]	X			X
70	Vorgangsnummer, GUID [Kind]	X			X
71	Versionsnummer [Kind]				X
72	laufende Nummer des Mehrlings	X	X		X
73	CTG-Kontrolle		X	X	X
74	<ul style="list-style-type: none"> • externes CTG • internes CTG 		X	X	
75	Blutgasanalyse Fetalblut			X	X

¹³ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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

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

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Aufnahmedatum“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
76	Base Excess der Fetalblutanalyse			X	
77	pH-Wert der Fetalblutanalyse			X	
78	Lage		X	X	
79	Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode		X	X	
80	Entbindungsmodus		X	X	X
81	Indikation zur operativen Entbindung ¹⁷		X	X	
82	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)		X	X	
83	Notsektio		X	X	X
84	Hauptindikation bei Notsektio		X	X	
85	E-E-Zeit bei Notsektio		X	X	
86	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend		X	X	
87	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen			X	
88	Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und Eintreffen des Pädaters (in Minuten) ¹⁸		X	X	
89	Abstand zwischen Aufnahmeuhrzeit und Eintreffen des Pädaters (in Minuten) ¹⁹		X	X	
90	Geburtsdatum des Kindes	X	X	X	
91	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ²⁰	X	X		X
92	Abstand Geburtsdatum - Errechner Termin in Tagen ²¹	X	X	X	X
93	postpartale Verweildauer der Mutter (in Tagen) ²²	X		X	X
94	Quartal des Geburtstages des Kindes ²³	X		X	X
95	Uhrzeit der Geburt	X	X	X	

¹⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

¹⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“ und „Datum“ (bzgl. Datenfeld „Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen“) und „Uhrzeit“ (ebenda) die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit“ und „Datum“ (bzgl. Datenfeld „Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen“) und „Uhrzeit“ (ebenda) die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Berechner, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

²² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

²³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
96	Geschlecht des Kindes	X	X	X	
97	APGAR [nach 1 min]			X	
98	APGAR [nach 5 min]		X	X	
99	APGAR [nach 10 min]			X	
100	Gewicht des Kindes	X	X	X	
101	Kopfumfang des Kindes	X	X	X	
102	Allgemeinanästhesie		X	X	
103	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie			X	X
104	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	
105	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	
106	Volumensubstitution			X	
107	Pufferung		X	X	
108	Maskenbeatmung		X	X	
109	O ₂ -Anreicherung		X	X	
110	Fehlbildungen		X	X	
111	Art der Fehlbildung ²⁴		X	X	
112	Totgeburt		X	X	X
113	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt		X	X	
114	Todeszeitpunkt bei Totgeburt		X	X	
115	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		X	X	
116	Kind in Kinderklinik verlegt	X	X	X	
117	Entlassungsquartal Kind ²⁵	X		X	X
118	postpartale Verweildauer des Kindes (in Tagen) ²⁶			X	X
119	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	X	X		
120	Entlassungs-/Verlegungsurzeit aus der Geburtsklinik Kind	X	X		

²⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
121	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind ²⁷	X	X	X	
122	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	X	X	X	X
123	<ul style="list-style-type: none"> • Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus • Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses 	X		X	X
124	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
125	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage		X	X	
126	Todesursache des lebendgeborenen Kindes ²⁸			X	
127	Abstand Todesdatum - Geburtsdatum (in Tagen) ²⁹			X	X
128	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	X			

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-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

²⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁸ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Todes - lebendgeborenes Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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		X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	X	X		X
13	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁴ Nachname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
14	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁵ Vorname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
15	Institutionskennzeichen	X			X
16	entlassender Standort	X	X	X	X
17	aufnehmender Standort	X	X	X	
18	Betriebsstätten-Nummer	X			
19	Fachabteilung	X	X		
20	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses		X	X	
21	Geschlecht	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“ und „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ werden 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 der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „Versichertenart“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
22	Mehrlingsgeburt	X	X	X	X
23	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
24	laufende Nummer des Mehrlings	X	X	X	
25	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X	
26	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)		X	X	
27	Geburtsdatum des Kindes	X	X		
28	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ⁶	X	X		X
29	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen) ⁷		X	X	X
30	Alter bei Aufnahme in Stunden ⁸	X	X	X	X
31	Geburtsjahr [Geburtsdatum des Kindes] ⁹	X		X	X
32	Uhrzeit der Geburt	X	X		
33	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X	
34	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X
35	Transport zur Neonatologie		X	X	
36	primäre palliative Therapie (ab Geburt)		X	X	X
37	Kind im Kreißsaal verstorben			X	X
38	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen) ¹⁰		X	X	X
39	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X	
40	Monat des Aufnahmetages ¹¹	X		X	X

6 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

7 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

11 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum (ins 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
41	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X		
42	Lebensstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung ¹²	X		X	X
43	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	X	X		
44	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	X	X		
45	Aufnahme ins Krankenhaus von		X	X	X
46	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus • Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses 	X	X	X	X
47	entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses	X	X	X	
48	Gewicht bei Aufnahme	X	X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Aufnahme • Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
50	<ul style="list-style-type: none"> • Körpertemperatur bei Aufnahme • Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
51	Angeborene Erkrankungen		X	X	X
52	Diagnose der angeborenen Erkrankung ¹³		X	X	
53	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X
54	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X	X	X
55	Status bei Aufnahme [Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie]		X	X	
56	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	X

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum in pädiatrische Fachabteilung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
57	Status bei Aufnahme [Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)]		X	X	
58	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden		X	X	X
59	Datum der ersten Untersuchung		X		
60	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X	X	X
61	ROP-Status bei Aufnahme		X	X	
62	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X
63	Beginn [Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)]		X	X	
64	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁴		X	X	X
65	endgültige Beendigung		X	X	
66	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁵		X	X	X
67	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X
68	Beginn [Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt]	X	X	X	
69	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁶	X	X	X	X
70	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	X	X	X	

¹⁴ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
71	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁷	X	X	X	X
72	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	X	X	X	
73	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung inklusive CPAP (in Tagen) ¹⁸	X	X	X	X
74	Pneumothorax		X	X	X
75	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X	
76	Behandlung des Pneumothorax		X	X	
77	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X	
78	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X	X	X
79	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)		X	X	
80	Sepsis		X	X	X
81	Datum des Sepsis-Beginns		X	X	
82	Pneumonie		X	X	X
83	Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn ¹⁹		X	X	X
84	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		X	X	X
85	Status bei Aufnahme [Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)]		X	X	
86	fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)		X	X	
87	Status bei Aufnahme [fokale intestinale		X	X	

¹⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Datum des Pneumonie-Beginns“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)]				
88	Neugeborenen- Hörscreening		X	X	
89	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes			X	X
90	<ul style="list-style-type: none"> • OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie) • OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis) • OP eines Hydrozephalus • 		X	X	
91	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X	
92	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁰	X	X	X	X
93	Monat des Entlassungstages ²¹	X		X	X
94	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt	X			X
95	Körpergewicht bei Entlassung	X	X	X	
96	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Entlassung • Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt 		X	X	
97	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf		X	X	
98	Entlassungsgrund	X	X	X	X
99	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X	X
100	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

21 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
101	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
102	Todesursache		X	X	
103	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ²²	X	X	X	

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

Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Hüftendoprothesen, Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel sowie ausschließlich osteosynthetisch versorgte isolierte Schenkelhals-Frakturen und pertrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Peri- und postoperative Komplikationen
- c) Prozessqualität
- d) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- e) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- d) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringenseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

(2) 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.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
- e) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- g) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- h) 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.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten

- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
- e) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Orthopädie/Unfallchirurgie. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Hüftendoprothesen-Erstimplantation“, „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“ und „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel) sowie Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des

Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS HGV)**a) Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung**

1	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel
Indikator-ID	54002
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. –Komponentenwechsels.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Präoperative Verweildauer
Indikator-ID	54003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Sturzprophylaxe
Indikator-ID	54004
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54015
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Indikator-ID	54016

Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54017
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54018
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54019
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54120
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54012
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator

12	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54013
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Indikator-ID	10271
Beschreibung	Der Indikator erfasst Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

b) **Indikatorenliste Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung**

1	Präoperative Verweildauer
Indikator-ID	54030
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Sturzprophylaxe
Indikator-ID	54050
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54033
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54029
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54042
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich – dieser Teil gilt nur für a)

- a) **Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)**

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-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

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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten 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	Fachabteilung	X			
18	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
20	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X	
21	Aufnahmegrund	X		X	
22	Geburtsjahr ⁶	X	X	X	X
23	Geschlecht	X	X	X	
24	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X	
25	Verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X	
26	Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X	
27	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		X	X	
28	Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt		X	X	
29	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes	X			X

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
30	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?		X	X	X
31	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • Delir, akute delirante Symptomatik • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
32	Demenz		X	X	
33	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		X	X	
34	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?		X	X	X
35	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt? [Basis]			X	X
36	Extension/Flexion 1 bei Entlassung			X	X
37	Extension/Flexion 2 bei Entlassung		X	X	
38	Extension/Flexion 3 bei Entlassung		X	X	
39	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
40	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
41	Treppensteigen bei Entlassung		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
42	Quartal des Entlassungstages ⁷	X		X	X
43	Wochentag 1 bis 7 ⁸			X	
44	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X	X	X	X
45	Entlassungsgrund	X	X	X	X
46	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁰	X	X	X	X
47	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
48	Versorgung bei Polytrauma		X	X	
49	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
50	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
51	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
52	Versionsnummer [Prozedur]				X
53	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
54	zu operierende Seite		X	X	X
55	Koxarthrose		X	X	
56	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
57	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
58	Art des Eingriffs		X	X	X
59	Datum des Eingriffs	X	X		
60	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹	X	X	X	X
61	Quartal der Operation ¹²	X		X	X

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

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

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

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

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

12 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
62	präoperative Verweildauer in Minuten ¹³	X		X	X
63	Beginn des Eingriffs		X	X	
64	Dauer des Eingriffs			X	
65	Prozedur(en) ¹⁴		X	X	X
66	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
67	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehl-lage • sekundäre Implantatdislokation • offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)lu- xation • Nachblutung/ Wundhämatom • Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • Wunddehiszenz • sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
68	postoperative Wundinfektion		X	X	X
69	Wundinfektionstiefe		X	X	
70	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
71	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X

¹³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
72	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Hüftgelenknahe Femurfraktur]	X			X
73	Vorgangsnummer, GUID [Hüftgelenknahe Femurfraktur]	X			X
74	Versionsnummer [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
75	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
76	Wieviele endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?				X
77	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? [Hüftgelenknahe Femurfraktur]		X	X	
78	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		X	X	X
79	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X		
80	Zeitpunkt der Fraktur		X		
81	Frakturlokalisierung		X	X	X
82	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	
83	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
84	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • sonstige 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
85	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
86	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
87	Vorgangsnummer, GUID [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
88	Versionsnummer [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
89	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
90	Wievielte elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X
91	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]		X	X	X
92	Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“ liegt vor		X	X	
93	Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor		X	X	
94	Schmerzen [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]		X	X	
95	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]			X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
96	Extension/Flexion 1			X	X
97	Extension/Flexion 2		X	X	
98	Extension/Flexion 3		X	X	
99	Ab-/Adduktion 1		X	X	
100	Ab-/Adduktion 2			X	X
101	Ab-/Adduktion 3		X	X	
102	Außen-/Innenrotation 1		X	X	
103	Außen-/Innenrotation 2		X	X	
104	Außen-/Innenrotation 3		X	X	
105	Osteophyten		X	X	
106	Gelenkspalt		X	X	
107	Sklerose		X	X	
108	Deformierung		X	X	
109	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?		X	X	X
110	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		X	X	
111	Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?			X	X
112	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation		X	X	
113	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Wechsel]				X
114	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel]	X			X
115	Vorgangsnummer, GUID [Wechsel]	X			X
116	Versionsnummer [Wechsel]				X
117	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel]				X
118	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X
119	Schmerzen vor der Prothesenexplantation		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
120	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		X	X	
121	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		X	X	
122	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?			X	X
123	<ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatabrieb/-verschleiß • Implantatfehlage der Pfanne • Implantatfehlage des Schafts • Lockerung der Pfannenkomponente • Lockerung der Schaftkomponente • periprothetische Fraktur • Endoprothesen(sub)-luxation • Knochendefekt Pfanne • Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors) • Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation • periartikuläre Ossifikation • Andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde 		X	X	

b) Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-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	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Quartal des Aufnahmetages ¹	X		X	X
15	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ²	X	X	X	X
16	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X	
17	Geburtsjahr ³	X		X	X
18	Geschlecht	X	X	X	
19	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X	
20	vorbestehende Koxarthrose		X	X	
21	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes			X	X
22	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X		
23	Zeitpunkt der Fraktur		X	X	
24	Frakturlokalisierung		X	X	X
25	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	

¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
26	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
27	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • Sonstige 		X	X	
28	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X	
29	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X	
30	Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X	
31	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		X	X	
32	Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt		X	X	
33	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
34	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
35	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁴	X		X	X
36	Quartal der Operation ⁵	X		X	X
37	präoperative Verweildauer in Minuten ⁶	X	X	X	X
38	Beginn des Eingriffs		X	X	
39	Dauer des Eingriffs			X	
40	Prozedur(en) ⁷	X		X	
41	Operationsverfahren		X	X	
42	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
43	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • Nachblutung/Wundhämatom • Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • Fraktur • Wunddehiszenz • sekundäre Nekrose der Wundränder 		X	X	

⁴ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 				
44	postoperative Wundinfektion		X	X	X
45	Wundinfektionstiefe		X	X	
46	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
47	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
48	<ul style="list-style-type: none"> Pneumonie behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose Lungenembolie katheterassoziierte Harnwegsinfektion Schlaganfall akute gastrointestinale Blutung akute Niereninsuffizienz Delir, akute delirante Symptomatik sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
49	Demenz		X	X	
50	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		X	X	
51	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?		X	X	
52	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
53	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
54	Treppensteigen bei Entlassung		X	X	
55	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X
56	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
57	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X		X	X
58	Entlassungsgrund	X	X	X	X
59	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
60	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
61	Versorgung bei Polytrauma		X	X	

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

⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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.

Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Peri- und postoperative Komplikationen
- c) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- d) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- c) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. Bis zum 30. Juni 2026 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 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 nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

(2) 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.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - 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 Krankenhaus 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.

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

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

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

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

- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - 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 LAGen bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Facharzt/Fachärztin für Orthopädie/Unfallchirurgie. Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

Die Krankenhäuser 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 sind 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Knieendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 30. Juni zur Verfügung. 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 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs Knieendoprothesenversorgung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS KEP)

1	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Indikator-ID	54020	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation mit Ausnahme der Indikationskriterien zur unikondylären Schlittenprothese.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	
Indikator-ID	54021	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum elektiven Eingriff der unikondylären Schlittenprothese.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
Indikator-ID	54022	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Knieendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
4	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Indikator-ID	54123	
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
Indikator-ID	50481	
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	
Indikator-ID	54124	
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen	

Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54125
Beschreibung	Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54028
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel
Indikator-ID	54127
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Indikator-ID	54128
Beschreibung	Der Indikator erfasst Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Knieendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten ohne Folgeeingriff (Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel)
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und –Komponentenwechsel)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + 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	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten 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	Fachabteilung	X			
18	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
20	Aufnahmegrund	X		X	
21	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Gehstrecke		X	X	
24	verwendete Gehhilfen		X	X	
25	Treppensteigen		X	X	
26	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes	X			X
27	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
28	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz 		X	X	

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen				
29	Wurde das aktive Bewegungsmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?			X	X
30	Extension/Flexion 1 bei Entlassung			X	X
31	Extension/Flexion 2 bei Entlassung		X	X	
32	Extension/Flexion 3 bei Entlassung		X	X	
33	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
34	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
35	Treppensteigen bei Entlassung		X	X	
36	Quartal des Entlassungstages ⁷	X		X	X
37	Wochentag 1 bis 7 ⁸			X	
38	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X		X	X
39	Entlassungsgrund	X	X	X	X
40	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁰	X	X	X	X
41	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
42	Versorgung bei Polytrauma		X	X	
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
44	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
45	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
46	Versionsnummer [Prozedur]				X
47	Wievielter knieendoprothetischer		X	X	X

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Eingriff während dieses Aufenthaltes?				
48	zu operierende Seite		X	X	
49	Gonarthrose		X	X	
50	Fehlstellungen des Knies		X	X	
51	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
52	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
53	Art des Eingriffs		X	X	X
54	Datum des Eingriffs	X	X		
55	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹	X	X	X	X
56	Quartal der Operation ¹²	X		X	X
57	Dauer des Eingriffs			X	
58	Prozedur(en) ¹³		X	X	X
59	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
60	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehl- lage • sekundäre Implantatdislokation • postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes • Patellafehlstellung • Nachblutung/ Wundhämatom • Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • Wunddehiszenz • sekundäre Nekrose der Wundränder • postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes 		X	X	

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

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

¹³ 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- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae Fraktur der Patella sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 				
61	postoperative Wundinfektion			X	X
62	Wundinfektionstiefe		X	X	
63	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
64	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
65	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Knieendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
66	Vorgangsnummer, GUID [Knieendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
67	Versionsnummer [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
68	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
69	Wievielte Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X
70	Wurde eine Voroperation am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?		X	X	
71	Schmerzen		X	X	
72	Osteophyten		X	X	
73	Gelenkspalt		X	X	
74	Sklerose		X	X	
75	Deformierung		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
76	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?		X	X	X
77	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?		X	X	
78	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?			X	X
79	erosive Gelenkerzörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		X	X	
80	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
81	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X
82	Vorgangsnummer, GUID [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X
83	Versionsnummer [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
84	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
85	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X
86	Schmerzen vor der Prothesenexplantation		X	X	
87	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		X	X	
88	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
89	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?			X	X
90	<ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatfehl-lage/ Malrotation • Implantatwanderung • Lockerung der Femur-Komponente • Lockerung der Tibia-Komponente • Lockerung der Patella-Komponente • Knochendefekt Femur • Knochendefekt Tibia • periprothetische Fraktur [Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?] • Endoprothesen(sub)luxation • Instabilität des Gelenks bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose • Patellanekrose • Patellaluxation • Patellaschmerz • andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde 		X	X	

“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

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

Berlin, den 16.Juli 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken