

# Beschluss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2022 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET

Vom 16. Dezember 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2021 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) wird wie folgt geändert:
  1. In § 2 Absatz 6 Satz 3 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2027“ und die Angabe „2024“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
  2. § 11 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - a) In Buchstabe d wird der Punkt am Ende gestrichen.
    - b) Folgender Buchstabe e wird angefügt:  
„e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.“
  3. Dem § 12 wird folgender Absatz 3 angefügt:  
„(3) Zur Unterstützung der Fachkommissionen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Teil 1 § 8a Absatz 3 der Richtlinie legt der G-BA bundesweit einheitliche Kriterien und Kategorien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie fest. Für das laufende Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist die Frist der 31. Dezember 2022, für neue Verfahrensbestandteile endet die Frist zum Ende des Folgejahres, in dem das Verfahren geändert worden ist.“
  4. § 18 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 2 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
    - b) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2020“ die Angabe „und 2021“ eingefügt.

5. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „und dem Informationsblatt“ gestrichen.
- b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 3 werden die Wörter „beginnt an einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2021 in dieser Richtlinie festzulegenden Datum, an dem auch die Erprobung beginnt“ durch die Wörter „und damit die Erprobung beginnt am 1. Juli 2022“ ersetzt.
  - bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „festgelegt“ die Wörter „, es sei denn, bei der Bewertung der Auswertungen werden analog § 17 Absatz 5 besonders schwerwiegende Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen“ eingefügt.
  - cc) In Satz 6 werden nach den Wörtern „können die“ die Wörter „LAGen unter Beteiligung der“ und nach dem Wort „Fachkommissionen“ die Wörter „gemäß Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie“ eingefügt.
  - dd) In Satz 7 werden nach den Wörtern „führen die“ die Wörter „LAGen unter Beteiligung der“ eingefügt und die Wörter „§ 12 durch und empfehlen“ durch die Wörter „Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie durch und beschließen über die Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung geeigneter“ ersetzt.
  - ee) Satz 8 wird aufgehoben.

II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Absatz 2 Buchstabe d werden nach dem Wort „Follow-up-Indikatoren“ die Wörter „(einschließlich Listen zu auffälligen Tracer-Operationen (ATR-Listen) mit Informationen zur Fallidentifikation)“ eingefügt.
2. § 11 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Buchstabe e wird der Punkt am Ende gestrichen.
  - b) Folgender Buchstabe f wird angefügt:

„f) eine Auflistung der Vorgangsnummern/ATR-Listen nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.“
3. § 12 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Die Wörter „Der G-BA wird erstmals innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung“ werden durch die Wörter „Zur Unterstützung der Fachkommissionen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Teil 1 § 8a Absatz 3 der Richtlinie legt der G-BA“ ersetzt.
    - bb) Nach den Wörtern „einheitliche Kriterien“ werden die Wörter „und Kategorien“ eingefügt.
    - cc) Das Wort „festlegen“ wird durch das Wort „fest“ ersetzt.
  - b) Folgender Satz wird angefügt:

„Für das laufende Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist die Frist der 31. Dezember 2022, für neue Verfahrensbestandteile endet die Frist zum Ende des Folgejahres, in dem das Verfahren geändert worden ist.“

4. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.
5. In § 19 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „fünf“ durch das Wort „sieben“ ersetzt.
6. In § 20 Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
7. Die Anlage I Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

**„b) Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär)**

1 Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen	
Indikator-ID	1000
Beschreibung	<p>Der Indikator setzt sich aus zehn Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe",</li> <li>• "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie",</li> <li>• "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff",</li> <li>• "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien",</li> <li>• "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes",</li> <li>• "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel",</li> <li>• "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie",</li> <li>• "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“,</li> <li>• "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion",</li> <li>• "Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung"</li> </ul> <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements ambulant operierender Einrichtungen beziehen.</p>
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch das Erreichen der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
2 Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen	
Indikator-ID	2000
Beschreibung	<p>Der Indikator setzt sich aus zehn Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe",</li> <li>• "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie",</li> <li>• "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff",</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien",</li> <li>• "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes",</li> <li>• "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel",</li> <li>• "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie",</li> <li>• "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention",</li> <li>• "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion",</li> <li>• "Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung"</li> </ul> <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements stationär operierender Einrichtungen beziehen.</p>
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch das Erreichen der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator

“

8. Die Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe d wird wie folgt geändert:

aa) Die Zeilen 22 bis 24 werden wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„22	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
23	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
24	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X“	

bb) Die Zeile 31 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
----------	--------------------------	---	---	---

		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„31	Übernahmen im Jahr ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts?		X	X“

cc) Die Zeilen 87 bis 96 werden wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„87	Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]		X	
88	Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
89	Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
90	keine Normalstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
91	Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen		X	

	Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
92	keine IMC/Aufwachstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
93	Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
94	keine Intensivstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
95	Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
96	Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst. [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X“

b) Tabelle Buchstabe e wird wie folgt geändert:

aa) Die Zeile 23 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„23	Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X“	

bb) Die Zeile 31 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„31	Wurde im Jahr ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			X“

cc) Die Zeile 45 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„45	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X“	

dd) Die Zeile 59 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„59	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X“	

ee) Die Zeile 71 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„71	Ärzte Anteil der Ärzte, die im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

ff) Die Zeile 74 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„74	Pflegepersonal Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

gg) Die Zeile 77 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„77	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	



	Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

hh) Die Zeile 80 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„80	Medizinische Fachangestellte Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

ii) Die Zeile 83 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„83	Reinigungspersonal Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

jj) Die Zeile 86 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die	Technische und anwendungsbezogene Gründe

		ngs-identifikation	Indikator- oder Kennzahl berechnung	ngs-bezogene Gründe
„86	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X“	

kk) Die Zeilen 89 und 90 werden wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- ngs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl berechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
„89	Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? - Informationen zu MRSA im Allgemeinen - Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate - Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]		X	
90	Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung]		X“	

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) wird wie folgt geändert:

1. In § 8 werden nach den Wörtern „Indikatoren auch die“ die Wörter „ebenfalls in der Anlage I aufgeführten“ eingefügt.
2. § 11 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - a) In Buchstabe d wird der Punkt am Ende gestrichen.
  - b) Folgender Buchstabe e wird angefügt:  
 „e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.“
3. § 12 Absatz 5 wird wie folgt geändert:
  - a) Satz 1 wird wie folgt geändert:  
 Die Wörter „Der G-BA wird innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung“ werden durch die Wörter „Zur Unterstützung der Fachkommissionen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Teil 1 § 8a Absatz 3 der Richtlinie legt der G-BA“ ersetzt.
  - bb) Nach den Wörtern „einheitliche Kriterien“ werden die Wörter „und Kategorien“ eingefügt.
  - cc) Das Wort „festlegen“ wird durch das Wort „fest“ ersetzt.
  - b) Folgender Satz wird angefügt:  
 „Für das laufende Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist die Frist der 31. Dezember 2022, für neue Verfahrensbestandteile endet die Frist zum Ende des Folgejahres, in dem das Verfahren geändert worden ist.“
4. In § 18 Satz 3 werden die Wörter „die ersten zwei Erfassungsjahre“ durch die Wörter „das Startjahr 2020 und die ersten beiden vollständigen Erfassungsjahre 2021 und 2022“ ersetzt.
5. In der Anlage I werden der Kennzahlliste Dialyse folgende Zeilen angefügt:

„8	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl -ID	572048
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
9	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl -ID	572049
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>10</b>	<b>Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl -ID	572050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>11</b>	<b>Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl -ID	572051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>12</b>	<b>Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl -ID	572052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>13</b>	<b>Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl -ID	572053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>14</b>	<b>Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl-ID	572054
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden

Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
15	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl-ID	572055
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
16	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl -ID	572056
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Hämodialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassozierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
17	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl -ID	572057
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
18	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl-ID	572058
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
19	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl-ID	572059
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
20	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
Kennzahl -ID	572060

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>21</b>	<b>5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl -ID	572061
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
<b>22</b>	<b>10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
Kennzahl -ID	572062
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –Patienten unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl“

6. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe c wird wie folgt geändert:

aa) Die Zeile 14 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	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
„14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>5</sup>	X			X“

bb) Nach Zeile 20 wird folgende Zeile eingefügt:

Lfd. Nr.	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

<sup>5</sup> Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5)

„21	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X“
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	----

cc) Die bisherigen Zeilen 21 bis 74 werden die Zeilen 22 bis 75.

b) Tabelle Buchstabe d wird wie folgt geändert:

aa) Die Zeile 14 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	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
„14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>5</sup>			X“	

bb) Nach Zeile 18 wird folgende Zeile eingefügt:

Lfd. Nr.	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
„19	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X“

cc) Die bisherigen Zeilen 19 bis 42 werden die Zeilen 20 bis 43.

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2022 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

<sup>5</sup> Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

Berlin, den 16. Dezember 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken