

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung: Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS- Verfahren 3 und 5 bis 15

Vom 20. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juli 2023 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden 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 3: Cholezystektomie (QS CHE) wird wie folgt geändert:
 1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
 2. In § 17 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „365-Tage des Follow-up-Zeitraums“ durch die Wörter „365-Tage Follow-up-Zeitraum“ ersetzt.
 3. Anlage II wird wie folgt geändert:
 - a) In Tabelle Buchstabe a wird Zeile 22 wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„22	Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?		X	X“	

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 4 wird folgende Zeile 5 eingefügt:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer @nummer				X“

bb) Die bisherigen Zeilen 5 bis 29 werden die Zeilen 6 bis 30.

cc) Die bisherige Zeile 30 wird Zeile 31 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„31	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versicherungszahl				X“

dd) Die bisherige Zeile 31 wird Zeile 32 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„32	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ²	Admin@dienstleister				X“

II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
- b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. In § 14 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Fristen nach Absatz 1 gelten nicht für die Verarbeitung von Daten zum Zweck der Korrektur der nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 Transplantationsgesetz an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten. Die sich aus dem Transplantationsgesetz und der Verfahrensordnung nach § 15 e Absatz 4 Satz 1 Transplantationsgesetz für Krankenhäuser ergebenden Pflichten und Fristen zur Übermittlung transplantationsmedizinischer Daten an die Transplantationsregisterstelle bleiben hiervon unberührt. Im Übrigen gelten für die Verarbeitung der Daten nach Satz 1 die themenspezifischen Vorgaben in § 5 Absatz 5 sowie die Vorgaben in Teil 1 § 13 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 und 4 und in der Anlage zu Teil 1 § 1, § 2 Absatz 1, 2 und 4, § 3, § 4, § 5 Absatz 1 und 2 und § 6 der Richtlinie entsprechend. Anlage zu Teil 1 § 6 der Richtlinie kommt für Daten nach Satz 1 nur dann zur Anwendung, wenn diese vor Ablauf der Korrekturfrist nach Absatz 1 Satz 3 an die Datenannahmestelle übermittelt worden sind oder wenn es sich um Daten handelt, die die Validität der Qualitätssicherungsergebnisse des Folgejahres sicherstellen.“

3. Anlage I wird wie folgt geändert:

- a) In Tabelle Buchstabe a wird die Nummer 5 wie folgt gefasst:

„5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation
ID	252300

² Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekannten Status
Indikatortyp	Prozessindikator“

b) Tabelle Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Indikatorenliste Lebertransplantationen

1	Tod durch operative Komplikationen
ID	2097
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die am Tag der Lebertransplantation oder am Tag nach der Lebertransplantation verstorben sind.
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2096
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lebertransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12349
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12365
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID	12385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation
ID	272300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Postoperative Verweildauer
ID	2133
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren postoperative Verweildauer nach einer Lebertransplantation oberhalb des 75. Perzentils liegt.
Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Intra- oder postoperative Komplikationen
ID	272400
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer Lebertransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit intra- oder postoperativen Komplikationen nach Lebertransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) In Tabelle Buchstabe e wird die Nummer 5 wie folgt gefasst:

„5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation
ID	282300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status

Indikatortyp	Prozessindikator“
--------------	-------------------

4. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

**„1. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:
Lebertransplantation**

Lfd. Nr.	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 (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X

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.

Lfd. Nr.	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
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	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴		X	X	X
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X			X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	

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

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

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

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

⁷ Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs“

Lfd. Nr.	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
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X
25	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
26	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X
27	Geschlecht	X	X	X	
28	Körpergröße		X	X	

der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Abs. 5).

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Lfd. Nr.	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
29	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
30	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X		X	X
31	Monat des Entlassungstages ¹⁰	X	X	X	X
32	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
33	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
34	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X	
35	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsgrund • nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X	X	X
36	Todesursache			X	
37	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Transplantation]				X
38	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
39	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
40	Versionsnummer [Transplantation]				X
41	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X

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

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

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

Lfd. Nr.	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
42	Zentrumsangebot		X	X	
43	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X	
44	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l 		X		
45	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X		
46	INR (International Normalized Ratio)		X		
47	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren		X		
48	match MELD zugewiesen		X	X	X
49	match MELD		X	X	
50	Begründung für match MELD		X	X	X
51	standard exception		X	X	
52	Spendertyp		X	X	
53	Spenderalter		X	X	
54	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X
55	Indikation zur Lebertransplantation		X	X	
56	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
57	HCC vor Transplantation bekannt			X	

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

Lfd. Nr.	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
58	Monat der Operation ¹³	X	X	X	X
59	OP-Datum	X	X		
60	Operation ¹⁴	X		X	
61	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X		
62	Abbruch der Transplantation			X	
63	HCC im Explantat			X	
64	Typ des Leberspenderorgans		X	X	
65	kalte Ischämiezeit (Minuten)		X	X	
66	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X"	

b) Tabelle Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 24 wird folgende Zeile 25 eingefügt:

Lfd. Nr.	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
„25	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X"		

bb) Die bisherigen Zeilen 25 bis 37 werden die Zeilen 26 bis 38.

c) Tabelle Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

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

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

**„3. Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V –
Lebertransplantation**

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versicherte anzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X
§ 284 (Stammdaten)						
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
7	Geburtsjahr des	Stamm@gebjahr	X		X	

¹ Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Versicherten					
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
9	Stichtag des Versicherungssstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ²	Stamm@versicherungsdatum				X
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X
§ 301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des				X

² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Krankenhaus (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	Absenders)@bundesland				
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeigige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeigige.STA.Standortnummer@nummer				X
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X			
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeigige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X			
18	Letzter	301.Entlassungsanze			X	

⁵ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	(endgültiger) Entlassungsgrund und nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	ige.ETL.Entlassungsgrund/ Verlegungsgrund@entlgrund				
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungsgrund)/ Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistungen	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X"		

d) In Tabelle Nummer 6 wird die Zeile 68 wie folgt gefasst:

⁶ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

Lfd. Nr.	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
„68	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X“

e) Tabelle Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V: Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X
§ 284 (Stammdaten)						
5	Versichertenn	Stamm@V	X	X		

¹ Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	ummer (Elektronische Gesundheitskarte)					
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
9	Stichtag des Versicherungssstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ²	Stamm@versicherungssdatum				X
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungssstatus				X
§ 301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikations	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des				X

² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	nummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	Absenders)@art				
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				X
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X			
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung @entldatum	X			

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)					
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X	
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund und 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@kunterbrechung			X	
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistungen	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X"		

f) Tabelle Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

⁶ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

„13. Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V - Herztransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X
§ 284 (Stammdaten)						
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	

¹ Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ²	Stamm@versicherungsdatum				X
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X
§ 301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhaus	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesl				X

² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	es (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	and				
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeig e.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeig e.STA.Standortnummer@nummer				X
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AU F.Aufnahmetag@aufndatum	X			
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeig e.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung @entldatum	X			
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgr	301.Entlassungsanzeig e.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund@e			X	

⁵ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	und nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	ntlgrund				
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige. ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@k hunterbrechung			X	
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag @datum	X	X		

“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

⁶ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)“

a) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Intraprozedurale Komplikationen
ID	382000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	382001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	382003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	382004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	382006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

ID	382007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	382008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
ID	382002
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	382005
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Intraprozedurale Komplikationen
ID	372000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	372001

Beschreibung	Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	372002
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	372003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	372004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	372006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	372007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	372008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	372005
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	352001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	352400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder per-kutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	352401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder per-kutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	352007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthaltes.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	352008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	352009
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
ID	352002
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	352006
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Indikatorenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	362004
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	362005
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
ID	362006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	362007
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
ID	362010
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	362400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	362401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	362019
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	362020
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	362021
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
ID	362008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	362018

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

e) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	402002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	402003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
ID	402004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	402005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
ID	402007

Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	402008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	402009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	402011
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	402012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	402013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	402010
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

f) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	392002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	392003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
ID	392004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	392005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
ID	392007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	392008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	392009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	392011
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	392012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	392013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

Indikatortyp	Ergebnisindikator
--------------	-------------------

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	392010
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

- 3. Anlage II wird wie folgt geändert:
 - a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) 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	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der	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 anwendungsbezogene Gründe
	Krankenkasse der Versichertenkarte ¹				
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort	X	X	X	X
14	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
15	Fachabteilung	X			
16	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
18	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
21	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
22	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		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 denen 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 „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 anwendungsbezogene Gründe
23	medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		X	X	
24	Angina Pectoris		X	X	
25	klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		X	X	
26	kardiogener Schock / Dekompensation		X	X	
27	Reanimation [Anamnese / Befund]		X	X	
28	<ul style="list-style-type: none"> • systolischer Pulmonalarteriendruck • systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt 		X	X	
29	Herzrhythmus		X	X	
30	Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		X	X	
31	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger		X	X	
32	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> • LVEF • LVEF unbekannt 		X	X	
34	Befund der koronaren Bildgebung		X	X	
35	Hauptstammstenose		X	X	
36	Revaskularisation indiziert		X	X	
37	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt?		X	X	
38	Datum letzte PCI		X	X	
39	Anzahl		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 anwendungsbezogene Gründe
40	akute Infektion(en) ⁷		X	X	
41	Diabetes mellitus		X	X	
42	arterielle Gefäßerkrankung		X	X	X
43	periphere AVK		X	X	
44	Arteria Carotis		X	X	
45	Aortenaneurysma		X	X	
46	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)		X	X	X
47	Lungenerkrankung(en)		X	X	
48	neurologische Erkrankung(en)		X	X	X
49	Schweregrad der Behinderung		X	X	
50	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
51	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
52	korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		X	X	
53	geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		X	X	
54	neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	
55	Reanimation		X	X	
56	komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		X	X	
57	postprozedurales akutes Nierenversagen		X	X	
58	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
59	Perikardtamponade		X	X	
60	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		X	X	
61	Mediastinitis		X	X	
62	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		X	X	X
63	Abstand OP-Datum - zerebrovaskuläres Ereignis ⁸		X	X	
64	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X	
65	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X	
66	therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		X	X	X
67	<ul style="list-style-type: none"> • Infektion(en) • Sternuminstabilität • Gefäßruptur • Dissektion • therapierelevante Blutung/ Hämatom • Ischämie • AV-Fistel • Aneurysma spurium • sonstige 		X	X	
68	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X	
69	paravalvuläre Leckage		X	X	
70	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
71	Entlassungsdiagnose(n) ⁹	X		X	
72	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
73	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
74	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsgrund • nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X	X	
75	Registriernummer des Dokumentationsystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
76	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
77	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
78	Versionsnummer [Prozedur]				X
79	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
80	Konversionseingriff		X	X	X
81	OP-Datum	X	X		
82	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
83	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
84	Operation ¹⁴	X		X	
85	Koronarchirurgie		X	X	X
86	Aortenklappeneingriff		X	X	X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
87	Mitralklappeneingriff		X	X	X
88	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		X	X	X
89	<ul style="list-style-type: none"> • Eingriff an der Trikuspidalklappe • Eingriff an der Pulmonalklappe • Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand • Vorhofablation • Eingriff an herznahen Gefäßen • Herzohrverschluss/ -amputation • interventioneller Koronareingriff (PCI) • sonstige 		X	X	
90	Patient wird beatmet		X	X	
91	Dringlichkeit		X	X	
92	Nitrate (präoperativ)		X	X	
93	Troponin positiv (präoperativ)		X	X	
94	Inotrope (präoperativ)		X	X	
95	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		X	X	
96	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
97	Dauer des Eingriffs		X	X	
98	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt 		X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrastmittelmenge • kein Kontrastmittel appliziert 			X	
100	Intraprozedurale Komplikationen		X	X	X

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
101	<ul style="list-style-type: none"> • Device-Fehlpositionierung • Koronarostienverschluss • Aortendissektion • Aortenregurgitation > = 2. Grades • Annulus-Ruptur • Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle • Perikardtampnade • kardiale Dekompensation • Hirnembolie • Rhythmusstörungen • Device-Embolisation • vaskuläre Komplikation • Low Cardiac Output • schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural) • Patient verstarb im OP/Katheterlabor 		X	X	X
102	Therapie des Low Cardiac Output		X	X	
103	Konversion		X	X	X
104	Grund für die Konversion		X	X	
105	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarchirurgie]				X
106	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarchirurgie]	X			X
107	Vorgangsnummer, GUID [Koronarchirurgie]	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 anwendungsbezogene Gründe
108	Versionsnummer [Koronarchirurgie]				X
109	Zugang (KC)		X	X	
110	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?				X
111	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Aortenklappeneingriff]				X
112	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Aortenklappeneingriff]	X			X
113	Vorgangsnummer, GUID [Aortenklappeneingriff]	X			X
114	Versionsnummer [Aortenklappeneingriff]				X
115	Zugang (AORT)		X	X	
116	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
117	Stenose			X	
118	Insuffizienz			X	
119	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Mitralklappeneingriff]				X
120	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Mitralklappeneingriff]	X			X
121	Vorgangsnummer, GUID [Mitralklappeneingriff]	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 anwendungsbezogene Gründe
122	Versionsnummer [Mitralklappeneingriff]				X
123	Zugang (MKE)		X	X	
124	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
125	Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder – halteapparat) auffällig?		X	X	X
126	<ul style="list-style-type: none"> • Segelprolaps • Verdickung • Verkalkung/Sklerosierung • Vegetationen • Kommissurenfusionen 		X	X	X

“

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 4 wird folgende Zeile 5 eingefügt:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
„5	Standortnum- mer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanze- ige.STA.Standortnu- mmer@nummer				X”

bb) Die bisherigen Zeilen 5 bis 62 werden die Zeilen 6 bis 63.

cc) Die bisherige Zeile 63 wird Zeile 64 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
„64	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X“

dd) Die bisherige Zeile 64 wird Zeile 65 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
„65	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X“

IV. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:
 „h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose
ID	162400
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff

Qualitätsziel	interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose
ID	162401
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades und eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist und eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
ID	52240
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung 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

ID	11704
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51873
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung
ID	161800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste Karotis-Revaskularisation

1	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	11724
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	162301
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	605
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	51859

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offenchirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offenchirurgisch
ID	162300
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offenchirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51865
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt
ID	162302
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

9	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	162304
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51445
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51448
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51860

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	162303
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	Periprozedurales Neuromonitoring
ID	162402
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen ein Neuromonitoring während einer offenchirurgischen Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung erfolgt ist.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine offenchirurgische Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt wird, erhalten ein Neuromonitoring
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

3. Anlage II wird wie folgt gefasst:

„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 anwendung-sbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationsystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	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 anwendung-sbezogene Gründe
21	präprozedurale Nierenersatztherapie		X	X	X
22	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		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	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X
27	<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	
28	Karotisläsion links		X	X	X
29	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X	
30	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X
31	<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	
32	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		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 anwendung-sbezogene Gründe
34	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X
35	Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		X	X	
36	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X
37	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige 		X	X	
38	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige 		X	X	
40	Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		X	X	X
41	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologie • Gefäßchirurgie • Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie • Angiologie • Kardiologie • Kardiochirurgie sonstige		X	X	
42	Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		X	X	
43	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		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 anwendung-sbezogene Gründe
44	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X	
45	Quartal des Entlassungstages ⁴	X			X
46	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
47	Entlassungsdiagnose(n) ⁶	X			
48	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsgrund • nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	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	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X
54	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X	X	X	X
55	Quartal der Operation ⁸	X			X
56	<ul style="list-style-type: none"> • Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) • ASA-Einstufung liegt nicht vor 		X	X	X
57	Form der Anästhesie		X	X	X
58	Indikation		X	X	
59	therapierte Seite		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.

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 anwendung-sbezogene Gründe
60	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X
61	Prozedur(en) ⁹	X			
62	Art des Eingriffs		X	X	
63	Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?		X	X	
64	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X	
65	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X	
66	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
67	Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?		X	X	X
68	<ul style="list-style-type: none"> • ASS • Clopidogrel • sonstige ADP-Rezeptorantagonisten • GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten • NOAK/DOAK • Vitamin-K-Antagonisten • sonstige 		X	X	
69	Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt?		X	X	X
70	<ul style="list-style-type: none"> • SEP • MEP • EEG • Oxymetrie 		X	X	

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 anwendung-sbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Wachmonitoring • sonstige 				
71	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		X	X	
72	neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis		X	X	X
73	<ul style="list-style-type: none"> • TIA • Hyperperfusionssyndrom • Hirnnervenausfälle • ischämischer Schlaganfall • symptomatische intrakranielle Blutung • sonstige 		X	X	
74	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X	
75	lokale Komplikationen		X	X	X
76	<ul style="list-style-type: none"> • OP-pflichtige Nachblutung • Nervenläsion als Folge des Eingriffs • Karotisverschluss • behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle • Wundinfektionen • sonstige 		X	X	X

“

V. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
- Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

VI. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
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
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
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	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund
ID	212000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und mit Mikrokalk ohne Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund
ID	212001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung ¹
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
7	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung ¹
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
8	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
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
9	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
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
10	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
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
11	Nachresektionsrate
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
12	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
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 prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
Indikatortyp	Prozessindikator
13	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS
ID	212400
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, die eine prätherapeutische Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste Mammachirurgie

1	Primäre Axilladissektion bei DCIS¹
----------	--

ID	2163
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS im prätherapeutischen Histologiebefund eine primäre Axilladissektion erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

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

“

VII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

VIII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

IX. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

X. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 werden die Wörter „sowie die Krankenversicherтенnummer nach § 290 SGB V zur Ermöglichtung der Zusammenführung im Bereich Neonatologie“ gestrichen.
2. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:
 „h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
3. In § 15 Absatz 3 Satz 2 werden nach den Wörtern „Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17“ die Wörter „der Richtlinie“ eingefügt.
4. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS PM)

a) Indikatorenliste Geburtshilfe

1	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung ¹
ID	50045
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaphylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittgeburt.
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittgeburt
Indikatorotyp	Prozessindikator
2	Kaiserschnittgeburt
ID	52249
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kaiserschnitten bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Indikatorotyp	Indikationsstellung
3	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten ¹
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
Indikatorotyp	Prozessindikator
4	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
ID	51831

Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
5	Anwesenheit eines Pädiateers bei Frühgeburten ¹
ID	318
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädiauerinnen und Pädiauer bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen).
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiateers bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ¹
ID	51803
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
7	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt
ID	331
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Müttersterbefällen bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182010
Beschreibung	Der Qualitätsindikator 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,

Qualitätsziel	unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen. Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182011
Beschreibung	Der Qualitätsindikator 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
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182014
Beschreibung	Der Qualitätsindikator 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
Indikatortyp	Prozessindikator

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

Kennzahlenliste Geburtshilfe

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen ¹
ID	330
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
ID	321
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit einer Azidose bei allen reif- und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Azidose bei reifen Einlingen
ID	51397
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Azidose bei allen reif- und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
ID	181800
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Neonatologie

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
ID	222402
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen

Qualitätsziel	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.
Indikatortyp	Niedrige Sterblichkeit
2	Ergebnisindikator
Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	
ID	51901
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis oder selten fokale intestinale Perforation / singuläre intestinale Perforation, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Nosokomiale Infektion
ID	50060
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder mit 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
ID	50062
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
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 Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Durchführung eines Hörtests
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
ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
ID	50074

Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und 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

Kennzahlenliste Neonatologie

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)
ID	51070
Beschreibung	Die Kennzahl 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)
ID	51832
Beschreibung	Die Kennzahl 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 unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
ID	51837
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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 unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)
ID	51076
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
ID	50050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus
ID	222200
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

ID	51838
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
ID	51843
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)
ID	222400
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
ID	222401
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
ID	222201
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)
ID	51077
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit zystischer periventriculärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)
ID	50051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit zystischer periventriculärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
ID	51079
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
15	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
ID	50053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
16	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)
ID	51078
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
17	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
ID	50052

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

5. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Zeile 112 wird wie folgt gefasst:

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
„112	Fehlbildungen vorhanden		X	X“	

bb) Nach Zeile 120 wird folgende Zeile 121 eingefügt:

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
„121	Abstand zwischen Geburt und Entlassung des Kindes (in Minuten) ²⁷				X“

cc) Die bisherigen Zeilen 121 bis 129 werden die Zeilen 122 bis 130.

6. Tabelle Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

²⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ und „Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

„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 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		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. 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 anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter liegt nicht vor 				
12	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁴ Vorname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	aufnehmender Standort	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X	X		
18	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses		X	X	
19	Geschlecht	X	X	X	
20	Mehrlingsgeburt	X	X	X	X
21	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
22	laufende Nummer des Mehrlings	X	X	X	
23	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X	
24	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)		X	X	

⁴ 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 anwendungsbezogene Gründe
25	Geburtsdatum des Kindes	X	X		
26	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ⁵	X	X		X
27	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen) ⁶		X	X	X
28	Alter bei Aufnahme in Stunden ⁷	X	X	X	X
29	Geburtsjahr [Geburtsdatum des Kindes] ⁸	X		X	X
30	Uhrzeit der Geburt	X	X		
31	<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsort des Kindes • Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland 	X	X		X
32	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesland des Geburtsortes • Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland 	X	X		X
33	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X	
34	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X

5 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.

6 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.

7 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.

8 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ 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
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) ⁹		X	X	X
39	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X	
40	Monat des Aufnahmetages ¹⁰	X		X	X
41	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X		
42	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung ¹¹	X	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	• Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	X	X	X	
47	Gewicht bei Aufnahme	X	X	X	
48	• Kopfumfang bei Aufnahme		X	X	

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

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

11 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.

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
	<ul style="list-style-type: none"> Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt 				
49	<ul style="list-style-type: none"> Körpertemperatur bei Aufnahme Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
50	Angeborene Erkrankungen		X	X	X
51	Diagnose der angeborenen Erkrankung ¹²		X	X	
52	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X
53	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X	X	X
54	Status bei Aufnahme [Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie]		X	X	
55	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	X
56	Status bei Aufnahme [Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)]		X	X	
57	ROP-Screening durchgeführt/vorhanden		X	X	X
58	Datum des ersten ROP-Screenings		X		

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 anwendungsbezogene Gründe
59	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X	X	X
60	ROP-Status bei Aufnahme		X	X	
61	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X
62	Beginn [Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)]		X	X	
63	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹³		X	X	X
64	endgültige Beendigung		X	X	
65	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁴		X	X	X
66	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X
67	Beginn [Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt]	X	X	X	
68	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁵	X	X	X	X

¹³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

¹⁵ 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 anwendungsbezogene Gründe
69	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	X	X	X	
70	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁶	X	X	X	X
71	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	X	X	X	
72	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung inklusive CPAP (in Tagen) ¹⁷	X	X	X	X
73	Pneumothorax		X	X	X
74	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X	
75	Behandlung des Pneumothorax		X	X	
76	Moderate oder schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X	
77	Status bei Aufnahme [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

16 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.

17 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.

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
81	Datum des Sepsis-Beginns		X	X	
82	Pneumonie		X	X	X
83	Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn ¹⁸		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 Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)]		X	X	
88	Neugeborenen-Hörscreening		X	X	
89	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)		X	X	
90	OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)		X	X	
91	OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) /		X	X	

¹⁸ 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 anwendungsbezogene Gründe
	singulären intestinalen Perforation (SIP)				
92	OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus		X	X	
93	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X	
94	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁹	X	X	X	X
95	Monat des Entlassungstages ²⁰	X		X	X
96	Abstand zwischen Aufnahmezeitpunkt ins Krankenhaus und Entlassungs-/Todeszeitpunkt ²¹				X
97	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt	X			X
98	Körpergewicht bei Entlassung	X	X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Entlassung • Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt 		X	X	
100	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf		X	X	
101	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		X	X	

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

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

21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“, „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“, „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt“ 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 anwendungsbezogene Gründe
102	<ul style="list-style-type: none"> Entlassungsgrund nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X	X	X
103	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X	X
104	Todesursache		X	X	
105	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ²²	X	X	X	

“

XI. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung

1	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	54001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

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

ID	54002
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. –Komponentenwechsels.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Präoperative Verweildauer
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
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
ID	54015
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	54016
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54017
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen 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
ID	54018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	54019
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54120
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Gehunfähigkeit bei Entlassung
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	Treppensteigen bei Entlassung
ID	192300
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Krankenhausaufnahme Treppensteigen konnten und die Fähigkeit zum Treppensteigen zur Entlassung aus dem Krankenhaus wiedererlangt haben.
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hin auf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54013
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	10271
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante 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

Kennzahlenliste Hüftendoprothesenversorgung

1	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
ID	191914
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

XII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 15:
Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS KEP)

1	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
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	Prozessindikator
2	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
ID	54021
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum elektiven Eingriff der unikondylären Schlittenprothese.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

ID	54022
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Knieendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
ID	54123
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	50481
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
ID	54124
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54125
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Gehunfähigkeit bei Entlassung
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	Treppensteigen bei Entlassung
ID	202300
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Krankenhausaufnahme Treppensteigen konnten und die Fähigkeit zum Treppensteigen zur Entlassung aus dem Krankenhaus wiedererlangt haben.
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel
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
11	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	54128
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante 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 ohne Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Knieendoprothesenversorgung

1	Beweglichkeit bei Entlassung
ID	54026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das postoperative Bewegungsausmaß des Kniegelenks vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Knieendoprothese
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

XIII. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken