

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine
Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den
Krankenkassen für die Evaluation der
Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von
Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege-
wicht von < 1.250 g

Vom 18. Juni 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2025 auf Grundlage von § 9 Absatz 5 Satz 3 i.V.m. mit Nr. 2 des Anhangs 2 der Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R) in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz. Nr. 143, S. 5389), zuletzt geändert am 18. Juni 2025 (BAnz AT XX.XX.XXXX BX), die Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Evaluation der Mm-R für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege-
wicht von < 1.250 g nach Maßgabe der Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V gemäß **Anlage** beschlossen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Evaluation der Mm-R für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmege-
wicht von < 1.250 g gemäß den Empfehlungen zur Spezifikation.

Die Spezifikation einschließlich der technischen Dokumentation ist von dem Institut nach § 137a SGBV auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

Berlin, den 18. Juni 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1.250 g

Erfassungsjahre 2018 - 2025 (Erläuterungen und Dokumente)

Empfehlungen zur Spezifikation

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Empfehlungen zur Spezifikation: Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g. Erfassungsjahre 2018 - 2025 (Erläuterungen und Dokumente)

Ansprechperson Sophie Nestler

Datum der Abgabe 15. Januar 2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Beauftragung IQTIG: Erstellung einer Sozialdatenspezifikation zur Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-
gewicht von < 1.250 g

Datum des Auftrags 16. März 2023

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

Sozialdaten bei den
Krankenkassen [2018 - 2025]

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung	6
2 Beauftragung und Planung	8
2.1 Beauftragungsgegenstand	8
2.2 Zeitplanung	8
2.3 Releaseplanung	9
3 Vorgehensweise und Prüfschritte	11
4 Datenquellen und Datenlieferfristen	13
5 Datenselektion	14
6 Exportfelder	15
7 Dokumente	20
Spezifikation ENEOS	20
Impressum	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Releaseplanung der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen	10
Tabelle 2: Quartalsmäßige Lieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen für das Modul ENEOS	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitplanung für die Erstellung, Beratung und Finalisierung einer Spezifikation bis zur Version 01.....	9
Abbildung 2: Datenfluss für das Modul ENEOS für die Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g	14

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Mm-R	Mindestmengenregelungen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung

Erläuterungen

1 Einleitung

Die Spezifikation für die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen ist die Gesamtheit aller Vorgaben für die Selektion, den Export und die Übermittlung der Daten für ein spezifisches Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) bzw. für eine spezifische Evaluation eines Leistungsberichts aus der Mindestmengenregelung (Mm-R). Eine Spezifikation bezieht sich auf das Jahr bzw. die Jahre der auslösenden Leistung (Indexleistung), das sogenannte Erfassungsjahr.

Grundlage der hier aufgeführten Evaluation der Mm-R für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g (Nr. 8 der Anlage der Mm-R) ist die Mm-R. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G BA) beschlossen.

Zielsetzung und Zielgruppe

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

Die datenbezogene Beurteilung von QS-Verfahren bzw. Evaluationen stellt eine Reihe von Anforderungen an die Datenerhebung, Datenerfassung und Plausibilitätsprüfung, um valide, reliable und vergleichbare Daten gewinnen zu können. Die Erhebung und Plausibilitätsprüfung durch unterschiedliche Krankenkassen beinhaltet grundsätzlich das Risiko von Verzerrungen, die bei der Erfassung der Daten entstehen. Die Vorgaben der Spezifikation, die eine einheitliche Festlegung von Filtern, Plausibilitätsregeln und Datenübermittlungsformaten umfassen, dienen dazu, dieses Risiko zu minimieren. Die Erhebung valider und vergleichbarer Daten sowie ein unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten sicherer Datenfluss sollen dadurch gewährleistet werden.

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Ziel ist, dass alle Verfahrensteilnehmer die Komponenten korrekt anwenden und Übermittlungspflichten erkennen sowie, dass Klarheit besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln sind und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind zwingend einzuhalten.

Ein weiterer Fokus liegt auf der Lesbarkeit und Verständlichkeit der Spezifikation. Neben der Verständlichkeit werden beispielsweise auch Aspekte wie Einheitlichkeit, technische Umsetzbarkeit und Aufwand bei Verfahrensteilnehmern berücksichtigt.

Spezifikation für die Umsetzung der Evaluation der Mindestmengenregelung (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g (Nr. 8 der Anlage der Mm-R)

Mit der Umsetzung der o. g. Evaluation wird eine durch das IQTIG bereits bestehende Spezifikation weiterentwickelt und bereitgestellt. Es handelt sich konkret um die Bereitstellung des spezifischen Moduls *ENEOS* für die Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen.

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für die Erfassungsjahre 2018 bis 2025 empfohlene und neu zu entwickelnde Spezifikation, mit folgenden Komponenten:

- Erläuterungen und
- Dokumente (Anwenderinformationen).

In den Erläuterungen werden allgemeine Informationen zur Releaseplanung und technische Inhalte aus den Dokumenten ausführlich beschrieben. Die Dokumente stellen die Anwenderinformationen dar und beinhalten Informationen über die modulspezifischen Filterbeschreibungen sowie die Lieferzeiträume.

Die durch das IQTIG ebenfalls zur Verfügung gestellte Erforderlichkeitstabelle stellt die zu exportierenden Datenfelder für das Modul *ENEOS* tabellarisch dar und ordnet diese mindestens einem Verwendungszweck zu. Die Erforderlichkeitstabelle wird separat zur Verfügung gestellt.

2 Beauftragung und Planung

Der folgende Abschnitt informiert über die Beauftragung des G-BA an das IQTIG sowie das Auftragsverständnis des IQTIG. Abschließend wird die Zeit- und Releaseplanung der Sozialdatenspezifikation dargestellt.

2.1 Beauftragungsgegenstand

Das IQTIG wurde am 16. März 2023 durch einen Plenumsbeschluss des G-BA beauftragt, den Leistungsbereich der Mm-R für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht von < 1.250 g auf der Grundlage einer Auswertung von Sozialdaten der Krankenkassen und ggf. weiteren Datenquellen zu evaluieren. Hierbei soll eine Softwarespezifikation zur Festle-gung der im Evaluationsplan vorgesehenen Sozialdaten spätestens sechs Monate nach Vorlage des Evaluationsplanes dem G-BA vorgelegt werden.¹

Auftragsverständnis

Für die Erstellung der vorliegenden Empfehlungen zur Spezifikation nach § 137 b SBG V Absatz 2 hat das IQTIG das Auftragsverständnis wie folgt definiert:

Das IQTIG empfiehlt die Weiterentwicklung der bestehenden Spezifikation für die Nutzung der So-zialdaten bei den Krankenkassen. In dieser Spezifikation wird ein neues Modul aufgenommen, welches die Evaluation der Mm-R für Frühgeborene entsprechend Nr. 8 der Anlage 1 gemäß Mm-R spezifiziert und abbildet. Das IQTIG legt somit für die Spezifikation für die Nutzung der Sozial-daten bei den Krankenkassen ein neues Modul fest. Dieses Modul wird als *ENEOS* bezeichnet.

Die Benennung der Module im Rahmen der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen folgt einem bereits etablierten Benennungsschema, in welchem eine Ergänzung des Suffixes „S“ für die eindeutige Zuordnung der Sozialdatenerhebung vorgegeben wird.

Für den aus der Beauftragung stammenden Zeitraum zur Datenerhebung wird das Verständnis wie folgt definiert: Die Datenerhebung wird für Patientinnen und Patienten aus den Erfassungs-jahren 2018 bis 2025 empfohlen. Zusätzlich soll ein 24-monatiger Follow-up-Zeitraum für die Pa-tientinnen und Patienten einbezogen werden.

2.2 Zeitplanung

Die Spezifikation unterliegt einem definierten, mit dem G-BA, den Softwareanbietern und Kran-kenkassen abgestimmten Releasezyklus. Um eine fristgerechte Umsetzung der Spezifikation si-cherzustellen, ist die Einhaltung aller Fristen daher eine wesentliche Voraussetzung. Hierbei sind die im folgenden beschriebenen Anforderungen zu berücksichtigen.

Die Zeitplanung für die Erstellung, Beratung und Finalisierung der Spezifikationsempfehlung bis zur Veröffentlichung der technischen Spezifikation in der Version 01 kann Abbildung 1 entnommen werden:

¹ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5919/2023-03-16_IQTIG-Beauftragung_Evaluation-Mm-R.pdf (abge-rufen 13.06.2024).

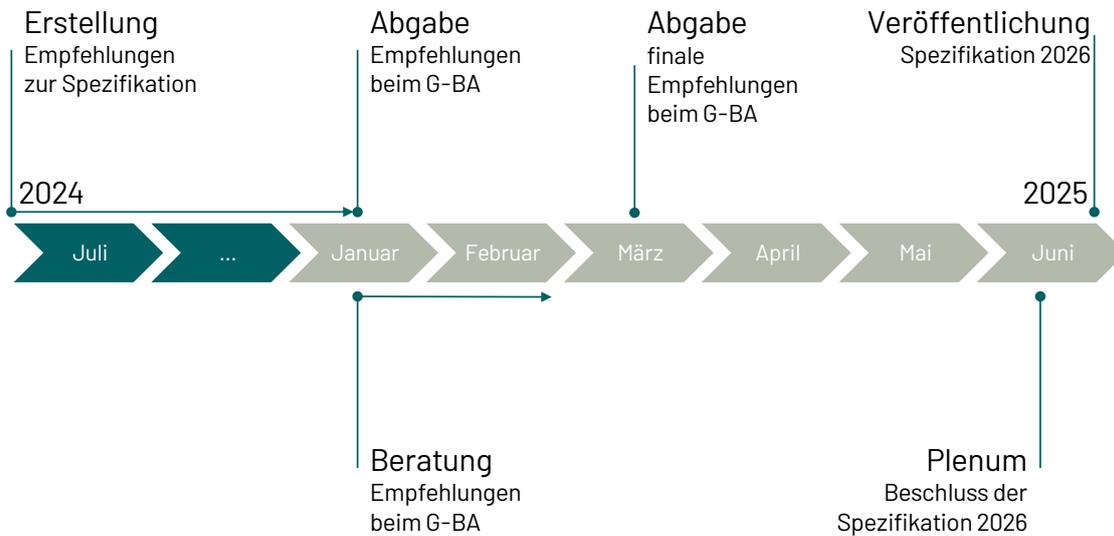


Abbildung 1: Zeitplanung für die Erstellung, Beratung und Finalisierung einer Spezifikation bis zur Version 01

Der Abbildung kann entnommen werden, dass Änderungswünsche seitens des G-BA, die sich aus der Beratung der vorliegenden Empfehlungen in der AG Mindestmengen (AG Mm) oder aus der Beratung zur Änderung der Mm-R ergeben, gemäß der etablierten Vorgehensweise bis Ende Februar 2025 beraten und konsentiert werden müssen, damit sie Inhalt der im Juni 2025 durch das Plenum des G-BA zu beschließenden Spezifikationsempfehlungen sein können.

Zusätzliche und erst nach den mit der AG abgestimmten Fristen eingebrachte Änderungsvorschläge seitens der Bänke des G-BA können erst für die Spezifikation im darauffolgenden Jahr vorgemerkt werden und bedürfen eines erneuten Beschlusses. Hiervon ausgenommen sind ausschließlich Korrekturen im Rahmen von Updates, die aus technischen Gründen notwendig sind. Diese erfolgen in Eigenverantwortung des IQTIG im Rahmen der Releaseplanung. Der G-BA wird über Updates der Spezifikation informiert.

2.3 Releaseplanung

Um Planungssicherheit zu gewährleisten und angemessen auf Fehler reagieren zu können, werden die Termine zur Veröffentlichung von Spezifikationspaketen (Versionen) eines Erfassungsjahres und zu Rückmeldefristen im Vorfeld angekündigt. Tabelle 1 stellt eine entsprechende Übersicht für das Paket der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen für den Regelbetrieb dar.

Tabelle 1: Releaseplanung der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2026 V01	nach Beschluss durch das Plenum	Finale Version
2026 V02	30. November 2025	Update der finalen Version (Aktualisierung der OPS-Kodes gemäß aktueller BfArM-Kataloge, Fehlerkorrekturen)

Die genannten Termine sind als Zielwerte zu betrachten und basieren auf Vorgaben des G-BA, Abstimmungen mit Krankenkassen sowie Anforderungen aus der technischen Umsetzung. Regulär wird die erste Version der Spezifikation eines neuen Erfassungsjahres am 30. Juni des Vorjahres, nach Beschluss durch das Plenum, veröffentlicht, um den Krankenkassen den notwendigen Zeitraum zur Implementierung und Testung zu ermöglichen.

Der Beschluss der Spezifikationen und seiner regelmäßigen Änderungen auf der Grundlage der Empfehlungen des IQTIG und die Regelungen der Mm-R bilden zusammen die verbindliche Grundlage für die technische Spezifikation. Die vollständigen, widerspruchs- und interpretationsfreien Vorgaben der Beschlüsse zur Spezifikation und den Regelungen der Mm-R sind Voraussetzung für die Erstellung der technischen Spezifikation und deren Veröffentlichung nach dem Plenumsbeschluss. Sollte es zu Abweichungen zwischen beschlossenen Spezifikationen oder Änderungen daran und den Regelungen der Mm-R kommen, sollten Mm-R und Spezifikation wieder in Übereinstimmung gebracht werden. Bis dies erfolgt, folgt die technische Spezifikation im Zweifel den Vorgaben des Regelungstextes.

3 Vorgehensweise und Prüfschritte

Die Verfahrensteilnehmer wurden vorab über das neue Modul *ENEOS* informiert. Die folgenden Abschnitte stellen die konkreten Herausforderungen und Prüfschritte dar.

Die Entwicklung des neuen Moduls *ENEOS* folgt strukturell der etablierten Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Um die Spezifikation so abzubilden, dass diese durch alle Verfahrensteilnehmer bestmöglich umgesetzt werden kann, wurden bereits frühzeitig Abstimmungen mit den Krankenkassen und weiteren Beteiligten durchgeführt. Diese Abstimmungen sind notwendig, um Komponenten und Prozesse möglichst praxisnah und aufwandsarm umsetzen zu können.

Datenerhebung von 2018 bis 2025

Für das Modul *ENEOS* sollen für Patientinnen und Patienten, auf die der Patientenfilter (s. Anwenderinformation) in den Erfassungsjahren 2018 bis 2025 zutrifft, Sozialdaten erhoben werden. Im Rahmen der Evaluation sollen für diese Patientinnen und Patienten in der zweiten Filterstufe Leistungs- und Medikationsdaten im Zeitraum 2018 bis Juni 2026 erhoben werden. Zur genauen Prüfung der Aufbewahrungszeiträume der erforderlichen Exportdaten wurde sich mit Vertretern des GKV-SV und dem Verband der Ersatzkassen ausgetauscht. Grundlage des Austauschs bildet das Dokument „Grundsätze ordnungsmäßiger Aufbewahrung im Sinne des § 110a SGB IV, Voraussetzungen der Rückgabe und Vernichtung von Unterlagen sowie Aufbewahrungsfristen für Unterlagen für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“² des GKV-SV, in dem ein Aufbewahrungszeitraum von sechs Jahren für Daten nach § 301 SGB V empfohlen wird. Die Verfahrensteilnehmer und Krankenkassen sehen bezüglich des langen Datenerhebungszeitraumes die Herausforderung einer ggf. unvollständigen Datenlieferung. Das Risiko, von den Krankenkassen aufgrund des Zeitraumes unvollständige Datensätze in den Datenlieferungen zu erhalten, kann erst nach den ersten Datenlieferungen eruiert werden.

Follow-up Zeitraum

Dem Evaluationsplan zur Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von <1.250 g entsprechend soll für die zu betrachtenden Patientinnen und Patienten zusätzlich ein 24-monatiger Follow-up-Zeitraum betrachtet werden.

Für die zweite Filterstufe (Leistungs- und Medikationsdaten), im Zeitraum 2017 bis Juni 2026, empfiehlt das IQTIG daher die Aufnahme einer Syntaxfunktion, die den Zeitraum der Erhebung von stationären Daten in Bezug auf das erste und zweite Lebensjahr der Patientin bzw. des Patienten eingrenzt.

² Grundsätze ordnungsmäßiger Aufbewahrung im Sinne des § 110a SGB IV, Voraussetzungen der Rückgabe und Vernichtung von Unterlagen sowie Aufbewahrungsfristen für Unterlagen für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Version: 3.0. Stand: 28.09.2018.

URL: https://www.hkk.de/fileadmin/dateien/hkk.de/datenschutz/fristenkatalog_aufbewahrung.pdf (aufgerufen am 24.07.2024).

Bei dieser Syntaxfunktion handelt es sich um ein Novum in der Spezifikation zur Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die Syntaxfunktion wurde den Krankenkassen und Ersatzkassen in einem Austauschtreffen dargestellt. Ob die Syntaxfunktion korrekt angewandt werden kann, kann jedoch erst nach den ersten Datenlieferungen eruiert werden.

Zusätzlich besteht die Herausforderung, dass in der Follow-up-Betrachtung alle ICD- und OPS-Kodes erhoben werden sollen, die in einem stationären Aufenthalt der zu betrachtenden Patientinnen und Patienten dokumentiert wurden. Im Rahmen der Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden bisher nur konkrete ICD- und OPS-Kodes zur Datenübermittlung definiert. Bei der entsprechenden neuen Filterbedingung handelt es sich ebenfalls um ein Novum, welches mit den Krankenkassen im Vorfeld besprochen wurde. Ob die Syntaxfunktion korrekt angewandt werden kann, kann ebenfalls erst nach den ersten Datenlieferungen eruiert werden.

Datenerhebung über den entlassenden Standort

Die Mm-R bezieht sich auf den aufnehmenden Standort. Die Informationen über den aufnehmenden Standort liegt in den Datenbeständen bei den Krankenkassen jedoch nicht verpflichtend vor, sodass das IQTIG die Information stattdessen über den entlassenden Standort für den Datenexport empfiehlt.

Eine konkrete Abschätzung darüber, inwiefern die Erhebung des entlassenden Standortes anstatt des aufnehmenden Standortes eine Limitation für die Evaluation bedeutet, kann erst nach Erhalt der ersten Datenlieferungen vorgenommen werden.

Temporäre Datenerhebung

Für die Evaluationen der Mindestmengenregelungen besteht die Herausforderung, dass die Sozialdaten nicht dauerhaft, sondern nur im Rahmen von drei festgelegten Datenlieferzeiträumen von den Krankenkassen und Ersatzkassen erhoben und exportiert werden. Probleme, die ggf. erst im Verlauf der ersten Datenlieferungen identifiziert werden, können demnach ggf. nicht rechtzeitig für die Evaluation behoben werden.

4 Datenquellen und Datenlieferfristen

Aus der Erforderlichkeitstabelle gehen die zu verwendenden Datenquellen hervor, welche für die Spezifikation erforderlich sind. Das IQTIG empfiehlt für das Modul *ENEOS* Daten aus den folgenden Datenquellen zu erheben:

- Administrativen Daten,
- Stammdaten nach § 284 SGB V,
- stationäre Daten nach § 301 SGB V.

Die Datensätze werden von den Krankenkassen quartalsweise exportiert. Jede Datenlieferung beinhaltet alle Datensätze, die durch den QS-Filter für die entsprechende Evaluation und Betrachtungszeiträume selektiert wurden, d. h. es wird immer ein vollständiger Export aller verfügbaren (Teil-) Datenbestände durchgeführt. Ein Abgleich bzw. Korrekturlieferungen auf Fallebene sind nicht vorgesehen. Die erste Datenlieferung wird für das dritte Quartal 2026 empfohlen. Die quartalsmäßigen Lieferzeiträume für das Modul *ENEOS* sind in Tabelle 2 dargestellt:

Tabelle 2: Quartalsmäßige Lieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen für das Modul *ENEOS*

Lieferquartal	Zeitraum für Erstlieferung	Zeitraum für Korrekturlieferungen
3. Quartal 2026	1. Juli – 15. Juli	16. Juli – 31. Juli
4. Quartal 2026	1. Oktober – 15. Oktober	16. Oktober – 31. Oktober
1. Quartal 2027	15. Januar – 31. Januar	1. Februar – 15. Februar

Die Krankenkassen können in jedem Lieferquartal Korrekturlieferungen vornehmen. Grundlage für die quartalsweisen Datenlieferungen bildet die Vorgabe der Mm-R, auf die sich die Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bezieht.

Retrospektive Fallbetrachtung

Innerhalb der Auswertung sollen die Daten der Versicherten im Rahmen eines 24- monatigen Follow-up-Zeitraums betrachtet werden. Für Versicherte, welche zum Ende des Erfassungsjahres 2025 entlassen wurden, ist eine Verlängerung des Zeitfilters für den Leistungs- und Medikationsfilter um sechs weitere Monate im Vergleich zum Indexzeitraum (der Zeitraum des Patientenfilters, siehe Anwenderinformationen) notwendig. So wird eine Betrachtung der Versichertendaten über einen 6-monatigen Follow-up-Zeitraum jedoch nicht über einen 24-monatigen Follow-up-Zeitraum ermöglicht. Für Versicherte, welche im Erfassungsjahr 2024 entlassen wurden, ist der vollständige 24-monatige Follow-up-Zeitraum ebenfalls nicht erreichbar.

5 Datenselektion

Die Datenselektion wird in den Anwenderinformationen modulspezifisch empfohlen und die Verwendung eines Patientenfilters festgelegt. Im Bereich Dokumente sind die Anwenderinformationen für das Modul *ENEOS* aufgeführt. Die Erläuterungen des QS-Filters für *ENEOS* sind im Folgenden dargelegt.

QS-Filter

Die GKV-Versichertendaten, die in die Evaluation eingeschlossen werden sollen, werden nach festgelegten Kriterien aus den Datenbeständen der Krankenkassen selektiert. Die Selektionskriterien werden durch den G-BA modulspezifisch festgelegt. Im Dokument „Anwenderinformationen *ENEOS*“ sind detaillierte Informationen über die modulspezifischen Auslösekriterien erkennbar (s. Anwenderinformation).

Patientenfilter

Die Auslösung der Daten bei den Krankenkassen muss über die Anwendung folgender Filterung erfolgen:

- Es sollen alle lebendgeborenen Kinder betrachtet werden, die bei Aufnahme ins Krankenhaus höchstens zwei Tage alt sind, ein Aufnahmegewicht <1250g aufweisen und im Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2025 entlassen wurden.

Leistungs- und Medikationsfilter

Für die aus dem Patientenfilter selektierten Versicherten werden in der zweiten Filterstufe für den Betrachtungszeitraum 01.01.2018 bis 30.06.2026 Daten für die Follow-up-Betrachtung gefiltert:

- Es werden für alle Versicherten, auf die der Patientenfilter zutrifft, zusätzlich Follow-up-Daten erhoben. Die Selektionskriterien sind so definiert, dass alle Prozeduren und Diagnosen für jene Versichertenfälle betrachtet werden, die im Follow-up-Zeitraum innerhalb der ersten zwei Lebensjahre im Rahmen eines stationären Aufenthaltes dokumentiert wurden.

Die Regelungen zur Datenübermittlung zwischen allen Beteiligten sind in der Mm-R festzulegen. Die Empfehlung des IQTIG zum Datenfluss wird in der Abbildung 2 dargestellt.

Datenfluss



Abbildung 2: Datenfluss für das Modul *ENEOS* für die Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von <1.250 g

Da für das Modul *ENEOS* patientenidentifizierende Daten (eGK-Versichertennummer) benötigt werden, empfiehlt das IQTIG die Einbindung einer Vertrauensstelle zur Pseudonymisierung.

6 Exportfelder

Nach der Datenselektion werden die zu exportierenden Daten entsprechend der definierten Exportdatenfelder generiert. Welche Daten aus welchen Datenquellen dafür berücksichtigt werden sollen, wird in der modulspezifischen Anforderlichkeitstabelle empfohlen.³ Die einzelnen Exportdatenfelder werden anhand der dazugehörigen Datenquellen aufgelistet und mindestens einem Verwendungszweck zugeordnet, um die Anforderlichkeit zum Export des jeweiligen Datenfeldes für die Evaluation zu begründen. Folgende Verwendungszwecke sind möglich:

- **Aufgreifkriterium – Indexeingriff:** Dieser Verwendungszweck adressiert Datenfelder, die für die Fallidentifikation im Rahmen des Patientenfilters notwendig sind. Die Datenfelder werden benötigt, um die korrekte Datenselektion zu überprüfen. Zudem kann es sich um patienten- oder leistungserbringeridentifizierende Angaben handeln.
- **Endpunkt:** Dieser Verwendungszweck adressiert Datenfelder, die für die unmittelbare (z. B. entsprechende Haupt-/Nebendiagnosen für eine Morbidität oder Entlassungsgrund für Mortalität) Erstellung der zu evaluierenden Endpunkte notwendig sind.
- **Risikoadjustierung/ Stratifizierung:** Dieser Verwendungszweck adressiert Datenfelder, die für die risikoadjustierten/ stratifizierten Analysen in Bezug auf die im jeweiligen Evaluationsplan definierten Endpunkte Anwendung finden.
- **Validierung der Daten:** Dieser Verwendungszweck adressiert Datenfelder, die für die Prüfung der korrekten Umsetzung des Patientenfilters verwendet werden.
- **Technische und anwendungsbezogene Gründe:** Dieser Verwendungszweck adressiert Datenfelder, die zwingend notwendig sind, um z. B. den Zusammenhang zu anderen Datenfeldern zu gewährleisten (z. B. wird die Angabe der Quelle eines Datensatzes benötigt, damit für einen übermittelten Fall eindeutig ist, um welche Abrechnungsgrundlage es sich handelt).

Erläuterung der einzelnen Exportdatenfelder

Im Folgenden werden die einzelnen Exportdatenfelder analog der Anforderlichkeitstabelle nacheinander aufgelistet und deren Anforderlichkeit für die Evaluation der Mindestmengen für den Leistungsbereich Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht von < 1.250 g erläutert:

Administrative Daten

IKNR der Krankenkasse: Das Datenfeld wird aus technisch- und anwendungsbezogenem Grund dafür benötigt, die Krankenkassen voneinander zu unterscheiden. Im Rahmen der Fallidentifikation dient das Datenfeld dazu, um zu prüfen, von wem die Datenlieferung kommt und ob eine Krankenkasse bspw. Daten geliefert hat.

Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei: Das Datenfeld wird aus technisch- und anwendungsbezogenem Grund dafür benötigt, um die PID-Datei in der die EGK-Versichertennummer übermittelt wird mit der QS-Datei, in der alle medizinischen Daten und Stammdaten enthalten sind, zusammenführen zu können.

³ Die Anforderlichkeitstabelle liegt dem Bericht zu Spezifikationsempfehlungen (Erläuterungen und Dokumente) separat bei.

Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung: Das Datenfeld wird aus technisch- und anwendungsbezogenem Grund dafür benötigt, um die gelieferten Daten zu plausibilisieren.

Pseudonymisierte Dienstleisterkennung: Das Datenfeld wird aus technisch- und anwendungsbezogenem Grund dafür benötigt, um die gelieferten Daten zu plausibilisieren.

§ 284 (Stammdaten)

Geschlecht des Versicherten: Das Geschlecht des Versicherten wird für die Risikoadjustierung mittels statistischer Modellierung oder Stratifizierung benötigt. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen und den Fall- bzw. den Versicherten zu identifizieren.

Geburtsdatum des Versicherten: Das Geburtsdatum des Versicherten wird benötigt, um den Startfall bei verlegten Fällen sowie den Follow-up-Zeitraum feststellen zu können. Somit dient dieses Datenfeld im weiteren Sinne zur Darstellung der Endpunkte. Weiterhin dient das Datenfeld im Rahmen der Fallidentifikation der Unterscheidung von Versicherten bzw. handelt es sich um eine Fall- bzw. Patientenidentifizierung.

Sterbedatum des Versicherten: Das Sterbedatum des Versicherten wird benötigt, um den Endpunkten „Mortalität“ nach 7 Tagen, 28 Tagen, 180 Tagen, 1 Jahr und 2 Jahren in den Datenanalysen messen zu können. Es wird für die Berechnung des jeweiligen Überlebenszeitraum des Versicherten mit dem Geburtsdatum des Versicherten verglichen.

Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte): Die Versichertennummer wird benötigt, um eine Verknüpfung eines verlegten Falles (und dessen Folgefall/-fälle) durchführen zu können. Sie dient somit zur eindeutigen Verifizierung eines Falles mit Verlegungshistorie. Weiterhin dient das Datenfeld im Rahmen der Fallidentifikation der Unterscheidung von Versicherten bzw. handelt es sich um eine Fall- bzw. Patientenidentifizierung.

Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals: Dieses Datenfeld dient der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden konnte oder durch einen Wechsel der Krankenkasse die Verlegungskette ggf. unterbrochen wurde. Für die Messung der Endpunkte ist dieses Datenfeld relevant, da im Zuge der Datenanalysen überprüft werden muss, ob für einen Versicherten überhaupt noch ein Endpunkt beobachtet werden kann oder der Versicherte zum Zeitpunkt des letzten verfügbaren Stichtags als „lost to follow-up“ zensiert werden muss. Ohne diese Information entsteht ein Informationsbias, der die Ergebnisse der Datenanalysen auf die Endpunkte erheblich verzerrt. Darüber hinaus ist das Datenfeld notwendig, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient zum Zeitpunkt der Erhebung gesetzlich versichert war.

Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal: Dieses Datenfeld dient der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden konnte oder durch einen Wechsel der Krankenkasse die Verlegungskette ggf. unterbrochen wurde. Für die Messung der Endpunkte ist dieses Datenfeld relevant, da im Zuge der Datenanalysen überprüft werden muss, ob für einen Versicherten überhaupt noch ein Endpunkt beobachtet werden kann oder der Versicherte zum Zeitpunkt des letzten verfügbaren Stichtags als „lost to follow-up“ zensiert werden muss. Ohne diese Information entsteht ein Informationsbias, der die Ergebnisse der Datenanalysen auf die Endpunkte erheblich verzerrt. Darüber hinaus ist das Datenfeld notwendig, um sicherzustellen, dass die Patientin bzw. der Patient zum Zeitpunkt der Erhebung gesetzlich versichert war.

§ 301 (Krankenhäuser)

Angabe der Quelle des Datensatzes: In Abhängigkeit zur Leistungsart eines konkreten Falles dient die Quellenangabe aus technisch- und anwendungsbezogenem Grund der Zuordnung zum jeweiligen Abrechnungskontext.

Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers: Das Datenfeld dient aus technisch- und anwendungsbezogenem Grund der Zuordnung zum Status des Leistungserbringers in Krankenhaus [IKNR] oder Vertragsarzt [BSNR].

Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse: Die Erforderlichkeit unterliegt bei diesem Datenfeld einem technisch- und anwendungsbezogenem Verwendungszweck. In Abhängigkeit des Status des Leistungserbringers erfolgt bei der IKNR die Länderzuordnung über das Bundesland.

IK der behandelnden Einrichtung: Die IK der behandelnden Einrichtung wird zunächst als Aufgreifkriterium benötigt, um die Einrichtungen zu identifizieren, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen. Des Weiteren wird die IK der behandelnden Einrichtung benötigt, um die erbrachten Leistungsmengen auf Ebene der behandelnden Einrichtung zuordnen zu können. Die Zuordnung der Leistungsmengen ist für sämtliche Datenanalysen auf die Endpunkte bedeutend: In den Gruppenvergleichen hinsichtlich der erreichten geltenden Mindestmenge erfolgt die Einteilung der Gruppen auf Basis der erreichten Leistungsmenge. In den Gruppenvergleichen hinsichtlich der erreichten geltenden Mindestmenge und den vergleichenden Analysen vor und nach Inkrafttreten der Änderung der Mm-R muss über statistische Methoden dafür Sorge getragen werden, dass Behandlungsergebnisse von Fällen, die von der selben Einrichtung behandelt werden (sog. Cluster) im Allgemeinen korreliert sind.

Standortnummer der entlassenden Einrichtung: Die Standortnummer der entlassenden Einrichtung wird zunächst als Aufgreifkriterium benötigt, um die Krankenhausstandorte zu identifizieren, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen. Des Weiteren wird die Standortnummer benötigt, um die erbrachten Leistungsmengen auf Ebene der entlassenden Einrichtung zuordnen zu können. Die Zuordnung der Leistungsmengen ist für sämtliche Datenanalysen auf die Endpunkte bedeutend: Die Zuordnung der Leistungsmengen ist für sämtliche Datenanalysen auf die Endpunkte bedeutend: In den Gruppenvergleichen hinsichtlich der erreichten geltenden Mindestmenge erfolgt die Einteilung der Gruppen auf Basis der erreichten Leistungsmenge. In den Gruppenvergleichen hinsichtlich der erreichten geltenden Mindestmenge und den vergleichenden Analysen vor und nach Inkrafttreten der Änderung der Mm-R muss über statistische Methoden dafür Sorge getragen werden, dass Behandlungsergebnisse von Fällen, die von der selben Einrichtung behandelt werden (sog. Cluster) im Allgemeinen korreliert sind.

Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird: Der Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird zuerst als Aufgreifkriterium benötigt, um zu prüfen, ob dieser Fall unter die Mindestmengenanzahl fällt. Zudem wird das Datenfeld zur Identifikation weiterer auf den Startfall folgende Krankenhausaufenthalte des Falles benötigt, bei denen Diagnosen bzw. Prozeduren dokumentiert werden, Morbiditäten definieren. Letztere Informationen sind somit für die Messung der Endpunkte relevant.

Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.): Der Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel wird benötigt, um den Startfall bei verlegten Fällen

eindeutig verifizieren zu können (Aufnahmegrund Geburt). Somit dient dieses Datenfeld zur Validierung des Startfalls.

Aufnahmeuhrzeit des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird: Die Aufnahmeuhrzeit des Falles, an dem der Versicherte ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird benötigt, um die Verlegungshistorie eines verlegten Falles eindeutig und chronologisch abbilden zu können. Somit dient dieses Datenfeld zur Validierung von verlegten Fällen.

Aufnahmegewicht in Gramm: Das Aufnahmegewicht in Gramm des Patienten wird benötigt, um die Verlegungshistorie eines verlegten Falles eindeutig und chronologisch abbilden zu können sowie den Startfall zu identifizieren. Zudem wird das Datenfeld für die Risikoadjustierung benötigt. Zusätzlich dient das Datenfeld dazu, Verlegungen im Zeitverlauf zu analysieren, da hier unterschiedliche Gewichtsgruppen zu analysieren sind. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen und den Fall- bzw. den Versicherten zu identifizieren.

Entlassungs- bzw. Verlegungstag des Versicherten: Der Entlassungs- bzw. Verlegungstag des Versicherten wird benötigt, um die Verlegungshistorie eines verlegten Falles eindeutig und chronologisch abbilden zu können. Somit dient dieses Datenfeld zur eindeutigen Verifizierung eines Falles mit Verlegungshistorie und ist daher zur Validierung von verlegten Fällen notwendig. Zudem wird das Datenfeld (hier nur das Entlassungsjahr) für die Risikoadjustierung benötigt. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen.

Entlassungs- bzw. Verlegungsuhrzeit des Versicherten: Die Entlassungs- bzw. Verlegungsuhrzeit des Patienten wird benötigt, um die Verlegungshistorie eines verlegten Falles eindeutig und chronologisch abbilden zu können⁴. Somit dient dieses Datenfeld zur Validierung von verlegten Fällen.

Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.): Der Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel wird verwendet, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte „Mortalität“ nach 7 Tagen, 28 Tagen, 180 Tagen, 1 Jahr und 2 Jahren gewährleisten zu können (Entlass-/Verlegungsgrund Tod).

Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung , 0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern:* Das Datenfeld wird benötigt, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte (Morbidity) gewährleisten zu können. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Risikofaktoren vorhanden sind. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen.

Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft:* Das Datenfeld wird benötigt, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte (Morbidity) gewährleisten zu können. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Risikofaktoren vorhanden sind. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen.

⁴ Insbesondere dann, wenn ein Kind an einem Tag mehrfach verlegt wurde.

tierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Risikofaktoren vorhanden sind. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen.

Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung, 0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern:* Das Datenfeld wird benötigt, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte (Morbidität) gewährleisten zu können. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Risikofaktoren vorhanden sind. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen.

Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft:* Das Datenfeld wird benötigt, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte (Morbidität) gewährleisten zu können. Des Weiteren ist das Datenfeld für die Risikoadjustierung erforderlich, da mit ihm festgestellt werden kann, ob für den betreffenden Fall die im Evaluationsplan hergeleiteten und definierten Risikofaktoren vorhanden sind. Das Datenfeld dient weiterhin im Rahmen der Fallidentifikation dazu, den Patientenfilter zu prüfen.

Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung: Der OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung wird benötigt, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte (Morbidität) gewährleisten zu können.

Tag der gelieferten OPS-Leistung: Der Tag der gelieferten OPS-Leistung wird benötigt, um die unmittelbare Darstellung der Endpunkte (Morbidität) gewährleisten zu können.

Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war: Dieses Datenfeld dient der Prüfung, inwieweit die Verlegungskette vollständig dargestellt werden konnte oder eine Unterbrechung stattgefunden hat. Somit dient dieses Datenfeld im weiteren Sinne zur Darstellung der Endpunkte.

7 Dokumente

Anwenderinformationen

Spezifikation ENEOS

Anwenderinformation für das Modul „Evaluation der Mindestmengenregelungen (Mm-R) für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1.250 g“

Indexjahr 2025

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

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

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

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

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

Diese Kennung bezeichnet das Attribut „ops“, das in der Entlassungsanzeige des Datensatzes nach §301 im FAB-Segment in der Gruppe „Operation“ mit der Feldkennung „Prozedurenschlüssel“ zu finden ist. Diese Kennzeichnung ermöglicht den direkten Bezug zu den Eingangsdaten. So ist gewährleistet, dass die zu selektierenden Datenfelder von den Krankenkassen eindeutig referenziert werden können.

Pseudocode der QS-Filter

	Pseudo-Code	Beschreibung
Patientenfilter	<pre> source(301)@quelle = '301' UND (DifferenzInTagen(301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag, Stamm@gebdatum) <= 2 UND 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegewicht@aufngewicht <> LEER UND 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegewicht@aufngewicht < 1250 UND (301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd KEINSIN Filter- Liste.ENEOS_ICD_EX UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek KEINSIN Filter- Liste.ENEOS_ICD_EX UND 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd KEINSIN Filter- Liste.ENEOS_ICD_EX UND 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek KEINSIN Filter- Liste.ENEOS_ICD_EX) UND </pre>	<p>Daten nach § 301 UND</p> <p>Alter bei Aufnahme höchstens 2 Tage</p> <p>UND</p> <p>Aufnahmegewicht nicht leer</p> <p>UND</p> <p>Aufnahmegewicht in Gramm kleiner als 1250g</p> <p>UND</p> <p>Keine Diagnose aus Ausschlussliste ENEOS_ICD_EX</p> <p>UND</p> <p>Entlassungsdatum im Erfassungsjahr</p>

	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.ENEOS_INDEXJAHR	
Zeitfilter (ENEOS_INDEXJAHR)	01.01.2018 - 31.12.2025	Entlassung im Erfassungszeitraum 2018 - 2025
Leistungs- und Medikationsfilter	<p>source(301)@quelle = '301'</p> <p>UND</p> <p>(</p> <p><u>301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops</u> <> LEER</p> <p>ODER</p> <p>(</p> <p><u>301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd</u> <> LEER</p> <p>ODER</p> <p><u>301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek</u> <> LEER</p> <p>ODER</p> <p><u>301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd</u> <> LEER</p> <p>ODER</p> <p><u>301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek</u> <> LEER</p> <p>)</p> <p>UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum < ermittleFolgejahre(301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag, Stamm@gebdatum, 2)</p> <p>)</p> <p>UND</p> <p>301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.ENEOS_ZEITFILTER</p>	<p>Daten nach §301 UND</p> <p>(</p> <p>Alle Prozeduren</p> <p>ODER</p> <p>Alle Haupt-, Neben- oder Sekundärdiagnosen im ersten und zweiten Lebensjahr</p> <p>)</p> <p>UND</p> <p>Entlassungsdatum im Follow-up-Zeitraum</p>

Zeitfilter für Vorlauf/Follow-up (ENEOS_ZEITFILTER)	01.01.2018-30.06.2026	Zeitraum 2018 bis 06/2026
--	-----------------------	---------------------------

Liste der Funktionen

Funktion	Formel	Beschreibung
year	Stelle 1-4 aus einem Datum im Format JJJJ-MM-TT	Jahr aus einem Datum
source	Herkunft der Daten entsprechend dem Abrechnungskontext, aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen ('295k', '295s', '300', '301', '302', 'Admin', 'kh_ambo', 'Stamm')	Kennzeichen der genauen Datenquelle des Falles
state_key	Aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen oder ersatzweise aus der 3. und 4. Stelle der IKNR	Bundeslandschlüssel
inpatient_interrupt	ja: mind. Ein Entlass-/Verlegungsgrund (1. und 2. Stelle) 16, 21 oder 23 im Segment ETL; nein: sonst	Unterbrechung des KH-Aufenthaltes
sequential_nr	beginnend mit 1, sonst vorherige laufende Nummer +1	Laufende Nummer
cp_type	"iknr", wenn es sich um ein Institutionskennzeichen handelt; "bsnr", wenn es sich um eine Betriebsstättennummer handelt	Art des Leistungserbringers
DifferenzInTagen	Berechnet die Differenz zwischen Aufnahmetag und Geburtsdatum in Tagen.	Alter in Tagen
ermittleFolgejahre	Parameter 1: Datum, Parameter 2: Ganzzahl x. Gibt das x-te Folgejahr eines übergebenen Datums im Format JJJJ-MM-TT zurück	Datum nach x-Jahren

Verwendete Filterlisten

Filterliste	Beschreibung
ENEOS_ICD_EX	Ausschlussdiagnosen
ENEOS_ICD	Diagnosen (ICD-Kodes) für die Evaluation der Mm-R für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
ENEOS_OPS	Prozeduren (OPS-Kodes) für die Evaluation der Mm-R für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen

Inhalte der Filterlisten

Filterliste	Beschreibung
ENEOS_ICD_EX	003.0, 003.1, 003.2, 003.3, 003.4, 003.5, 003.6, 003.7, 003.8, 003.9, 004.0, 004.1, 004.2, 004.3, 004.4, 004.5, 004.6, 004.7, 004.8, 004.9, 005.0, 005.1, 005.2, 005.3, 005.4, 005.5, 005.6, 005.7, 005.8, 005.9, P95, Z37.1, Z37.4, Z37.7
ENEOS_ICD_KOMPL	E72.2, H35.0, H35.1, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62.9, I69.1, K63.1, P05.1, P08.1, P10.1, P10.2, P52.1, P52.2, P52.3, P52.4, P77, P78.0, P83.2, P91.7, P96.0, Q00.0, Q00.1, Q00.2, Q01.0, Q01.1, Q01.2, Q01.8, Q01.9, Q03.0, Q03.1, Q03.8, Q03.9, Q04.2, Q04.3, Q05.0, Q05.1, Q05.2, Q05.3, Q05.4, Q05.5, Q05.6, Q05.7, Q05.8, Q05.9, Q20.0, Q20.1, Q20.2, Q20.3, Q20.4, Q20.5, Q20.6, Q20.8, Q20.9, Q21.3, Q22.0, Q22.4, Q22.6, Q23.0, Q23.2, Q23.4, Q24.6, Q24.8, Q25.1, Q25.2, Q25.3, Q25.5, Q26.2, Q30.0, Q33.6, Q33.8, Q39.0, Q39.1, Q39.2, Q39.3, Q39.4, Q39.5, Q39.6, Q39.8, Q39.9, Q42.0, Q42.1, Q42.2, Q42.3, Q42.8, Q42.9, Q44.6, Q44.7, Q60.1, Q60.6, Q61.0, Q61.1, Q61.2, Q61.3, Q61.4, Q61.5, Q61.8, Q61.9, Q64.1, Q74.3, Q77.1, Q78.0, Q79.0, Q79.2, Q79.3, Q80.4, Q81.1, Q89.4, Q90.1, Q90.2, Q90.9, Q91.0, Q91.1, Q91.2, Q91.3, Q91.4, Q91.5, Q91.6, Q91.7, Q92.7
ENEOS_OPS_KOMPL	501000, 501001, 501002, 501003, 501004, 50100x, 501010, 501011, 501012, 501013, 501014, 50101x, 50102, 50103, 50104, 5010x, 5010y, 50110, 50111, 50112, 50113, 50114, 50115, 50116, 50117, 50118, 50119, 5011a, 5011x, 5011y, 50120, 50121, 50122, 50123, 50124, 50125, 50126, 50127, 50128, 5012x, 5012y, 50130, 50131, 50132, 50133, 501340, 501341, 501342, 50134x, 501350, 501351, 501352, 50135x, 50136, 501370, 501371, 501372, 501373, 501374, 501375, 501376, 50137x, 50138, 5013x, 5013y, 50140, 501410, 501411, 501412, 50141x, 501420, 501421, 501422, 50142x, 50143, 50144, 501460, 501461, 501462, 501463, 501464, 50147, 50148, 501490, 501492, 501493, 501494, 501495, 501496, 50149x, 5014a, 5014b0, 5014b1, 5014c, 5014d, 5014e, 5014x, 5014y, 50150, 50151, 501520, 501521, 50153, 50154, 50155, 5015x, 5015y, 501600, 501601, 501602, 501603, 501610, 501611, 501612, 501613, 50162, 50163, 501640, 501641, 501642, 501643, 501650, 501651, 501652, 501653, 50166, 50167, 5016x, 5016y, 501700, 501701, 50170x, 50171, 50172, 5017x, 5017y, 50180, 50181, 50182, 5018x, 5018y, 50200, 502010, 502011, 502012, 50201x, 50202, 50203, 50204, 50205, 502060, 502061, 502065, 502066, 502067, 502068, 50206b, 50206c,

<p>50206d, 50206e, 502070, 502071, 502072, 502074, 502075, 50208, 5020x, 5020y, 50210, 50211, 50212, 50213, 50214, 50215, 50216, 50217, 5021x, 5021y, 502200, 502201, 502202, 50220x, 502210, 502211, 502212, 502213, 50221x, 502220, 502221, 502222, 502223, 50222x, 5022x, 5022y, 502300, 502301, 502302, 50230x, 502310, 502311, 502312, 50231x, 502320, 502321, 502322, 50232x, 50233, 5023x, 5023y, 50240, 50241, 50242, 50243, 50244, 50245, 50246, 50247, 50248, 50249, 5024x, 5024y, 50250, 50251, 50252, 50253, 50254, 50255, 50256, 50257, 50258, 50259, 5025x, 5025y, 50260, 50261, 50262, 50263, 502640, 502641, 502642, 502643, 502644, 502645, 5026x, 5026y, 50270, 50271, 50272, 50273, 5027x, 5027y, 502810, 502811, 50281x, 502820, 502821, 502823, 502824, 50282x, 50283, 50284, 50285, 50286, 50287, 50288, 502890, 502891, 502892, 5028a0, 5028a1, 5028a2, 5028b0, 5028b1, 5028b2, 5028b3, 5028b4, 5028c0, 5028c1, 5028c2, 5028x, 5028y, 502910, 502911, 502912, 502913, 50291x, 50294, 50296, 50298, 5029b, 5029c, 5029d, 5029e, 5029f, 5029g, 5029h, 5029x, 5029y, 51522, 51531, 51540, 51542, 51543, 51553, 51554, 51557, 51569, 54520, 54541, 54542, 54543, 54545, 54546, 5454x, 5454y, 545504, 54550x, 545514, 545524, 54552x, 545531, 54554x, 545554, 54555x, 54556x, 54557x, 54559x, 5455ax, 5455bx, 5455cx, 5455dx, 5455x1, 5455x4, 5455x6, 5455xx, 5455y, 5456x0, 5456xx, 54590, 54591, 54592, 54593, 54601, 54602, 54603, 54605, 5460x0, 5460y, 5461x0, 5461y, 54620, 54621, 54623, 54624, 54626, 54627, 5462x, 5463x0, 5463y, 54642x, 54644x, 5464x0, 5464x1, 5464x2, 5464x3, 5464y, 5465x, 5465y, 54660, 54662, 5466x, 5466y, 54670x, 54671x, 54675x, 5467x0, 5467x1, 5467x2, 54681x, 5468x2, 5468xx, 54692x, 5469b0, 5469bx, 5469hx, 5469j0, 5469x0, 5469xx, 5469y, 5480, 80200, 8128, 81480, 8153, 81760, 81761</p>

Lieferzeiträume

Lieferquartal	Zeitraum für Erstlieferung	Zeitraum für Korrekturlieferungen
3. Quartal 2026	2026-07-01 bis 2026-07-15	2026-07-16 bis 2026-07-31
4. Quartal 2026	2026-10-01 bis 2026-10-15	2026-10-16 bis 2026-10-31
1. Quartal 2027	2027-01-15 bis 2027-01-31	2027-02-01 bis 2027-02-15

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org