

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über  
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:  
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den Verfahren  
QS PCI, QS WI und QS NET

Vom 17. Juli 2025

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)</b> .....	<b>3</b>
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	3
	Zu § 11 Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie .....	4
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	4
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung .....	4
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS PCI) .....	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI) .....	5
<b>2.2</b>	<b>Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</b> .....	<b>5</b>
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	5
	Zu § 17 Fristen für Berichte.....	5
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	6
	Zu § 20 Sonderregelung für Datenübermittlungsfristen für das Erfassungsjahr 2025 (neu) .....	6
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI).....	6
<b>2.3</b>	<b>Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)</b> .....	<b>6</b>
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	7
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	7
	Zu Anlage I Indikatoren- und Kennzahlliste (QS NET) .....	7
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET) .....	7
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>8</b>

5.	Fazit .....	9
6.	Zusammenfassende Dokumentation .....	9

## **1. Rechtsgrundlage**

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren so weit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Die DeQS-RL Teil 2 Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET wird vorliegend geändert.

### **2.1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)**

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

#### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

Um die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren, wird mit dem neuen Satz 2 das bereits praktizierte Vorgehen normativ geregelt, dass Ergebnisse aus der Patientenbefragung nicht ausgewiesen werden, wenn weniger als vier auswertbare Fragebögen vorliegen.

Zu Absatz 3:

In Absatz 3 werden Sozialdaten gemäß Anlage II Buchstabe b als Datenquellen für die Zwischenberichte ergänzt, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine Rückmeldung erhalten, wie sich ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten beruhen, entwickeln. Auch wenn diese Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.

Weiterhin werden Befragungsdaten aus der Patientenbefragung als Datenquelle für den Zwischenbericht zum 30. September (Quartal 1 und 2) ergänzt, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auch zu den Qualitätsindikatoren aus der Patientenbefragung

unterjährige Rückmeldungen erhalten. Für die Daten aus der Patientenbefragung ist abzuwägen, zwischen dem Schutz der Anonymität der Befragung, der durch kleinere Fallzahlen und einen engeren zeitlichen Zusammenhang zwischen Behandlung, Befragung und potenzieller Rückmeldung von Ergebnissen in Zwischenberichten verringert würde, und dem Interesse der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement. Daher sind die Daten aus der Patientenbefragung zunächst nur halbjährig im Zwischenbericht zum 30. September enthalten. Im Verlauf der Erprobung erfolgt eine Prüfung, ob das Ausweisen der Daten aus der Patientenbefragung auch in den übrigen Zwischenberichten (Quartal 1 sowie Quartal 1 bis 3) vertretbar ist.

### **Zu § 11 Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie**

#### Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

Um die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren, wird mit dem neuen Satz 2 das bereits praktizierte Vorgehen normativ geregelt, dass Ergebnisse aus der Patientenbefragung nicht ausgewiesen werden, wenn weniger als vier auswertbare Fragebögen vorliegen.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

### **Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung**

#### Zu Absatz 2:

Die Begleitevaluation zur Patientenbefragung in QS PCI zeigt, dass das bisherige jahresbasierte Listenverfahren für die Stichprobenziehungen komplex in der Umsetzung ist und nicht immer gewährleisten konnte, dass die angestrebte Fallzahl von ca. 200 Fällen pro Jahr und Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer erreicht wurde.

Zum einen weicht die Fallzahl des Vorjahres bei vielen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern von der Fallzahl im Erfassungsjahr ab und ist somit keine geeignete Grundlage für eine Prognose der Fallzahl im Erfassungsjahr. Zum anderen treten bei den monatlichen Fallzahlen Spitzen auf, die es der Versendestelle erschweren, Abweichungen zwischen der erwarteten und tatsächlich übermittelten Fallzahl zu erkennen und eine Optimierung der Stichprobenziehung mit dem Ziel von näherungsweise 200 Fällen pro Jahr vorzunehmen. Um den festgestellten Herausforderungen zu begegnen, wird das Stichprobenverfahren daher auf eine geschichtete Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung umgestellt. Das Zielkriterium, dass bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit > 200 Fällen im Jahr eine Stichprobe von näherungsweise 200 Fällen gezogen werden soll und bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit ≤ 200 Fällen im Jahr eine Vollerhebung stattfinden soll, bleibt bestehen. Die Zielgröße von 200 Fällen wird nun auf die Monate eines Jahres verteilt und liegt demnach aufgerundet bei 17 Fällen (200/12) pro Monat. Die Sätze 6 und 7 in § 19 Absatz 2 beschreiben das neue Vorgehen für die Ziehung der geschichteten Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung. Da die neue Art der Stichprobenziehung ohne Kenntnis der Fallzahlen des Vorjahres durchgeführt werden kann, wurde die Regelung zur Übermittlung der Vorjahreszahlen in § 19 Absatz 2 gestrichen.

## **Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzählliste (QS PCI)**

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS PCI basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 3 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026) und den mit [Beschluss vom 16. November 2023](#) zur Veröffentlichung freigegebenen Bericht des IQTIG *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP* verwiesen.

## **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2026 zu QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen) verwiesen.

## **2.2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)**

### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

#### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

##### Zu Absatz 1:

In Absatz 1 wird ergänzt, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vierteljährliche Zwischenberichte (zusätzlich zu den jährlichen Rückmeldeberichten) erhalten. Auch wenn die Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.

##### Zu Absatz 3:

Der neue Absatz 3 regelt, dass die Datengrundlage für die Zwischenberichte alle zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten sind. Dies umfasst sowohl die verfügbaren Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation bei der Leistungserbringerin bzw. dem Leistungserbringer (Anlage II Buchstabe c) als auch die verfügbaren Sozialdaten bei den Krankenkassen (Anlage II Buchstabe a und b). Die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Anlage II Buchstabe d und e) erfolgt nur einmal jährlich und ist somit für die Zwischenberichte nicht verfügbar.

#### **Zu § 17 Fristen für Berichte**

##### Zu Absatz 1:

Zu Satz 3 (neu):

Aufgrund der Änderung in § 10 Absatz 1 Satz 1 erhalten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vierteljährliche Zwischenberichte. Der neue Satz 3 in § 17 Absatz 1 legt fest, wann die Zwischenberichte zur Verfügung gestellt werden.

### **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

### **Zu § 20 Sonderregelung für Datenübermittlungsfristen für das Erfassungsjahr 2025 (neu)**

Vor dem Hintergrund des Abschlussberichts des IQTIG „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung - Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP“ vom 23. Juni 2025 wird in den Gremien des G-BA derzeit über den Anpassungs- und Weiterentwicklungsbedarf des Verfahrens QS WI beraten. Eine Beschlussfassung zu den daraus resultierenden notwendigen normativen Änderungen des Verfahrens QS WI in der DeQS-RL ist in der Sitzung des Plenums am 18. Dezember 2025 vorgesehen. Zur Vermeidung einer gegebenenfalls für Zwecke der Qualitätssicherung nicht erforderlichen Erhebung und Übermittlung von Daten wird mit der Regelung in § 20 zunächst die Datenübermittlungspflicht der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für die fallbezogene QS-Dokumentation nach Teil 2 QS WI § 16 Absatz 1 Satz 1 DeQS-RL für die Quartale 2 bis 4 des Erfassungsjahres auf eine Gesamtlieferung innerhalb des Zeitraums vom 1. Februar 2026 bis zum 28. Februar 2026 verschoben. Ob diese Gesamtlieferung der fallbezogenen QS-Dokumentation für das Erfassungsjahr 2025 tatsächlich noch erfolgen soll, wird mit der für das Plenum am 18. Dezember 2025 vorgesehenen Beschlussfassung über die normativen Änderungen des Verfahrens QS WI zu entscheiden sein.

### **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation, wobei vor dem Hintergrund des [Beschlusses vom 17. Juli 2025](#) zur Freigabe des IQTIG-Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP der DeQS-RL* zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung vorgesehen ist, im Plenum am 18. Dezember 2025 über weitere normative Änderungen zum Verfahren QS WI zu entscheiden. In der am 17. Juli 2025 beschlossenen Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2026 zu QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen) ist dies bereits berücksichtigt.

## **2.3 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)**

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 3:

In Absatz 3 wird die Datengrundlage für die Zwischenberichte auf alle zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II erweitert, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine Rückmeldung erhalten, wie sich alle ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten oder der QS-Dokumentation zum Follow-up beruhen, entwickeln. Auch wenn diese Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.

## **Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

## **Zu Anlage I Indikatoren- und Kennzahnliste (QS NET)**

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS NET basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 3 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026) verwiesen. Vor dem Hintergrund des [Beschlusses vom 17. Juli 2025](#) zur Freigabe des IQTIG-Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP* der DeQS-RL zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung ist jedoch für das Verfahren QS NET – Dialyse eine Aussetzung für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 vorgesehen. Über die diesbezüglich erforderlichen normativen Änderungen in den themenspezifischen Bestimmungen zum Verfahren QS NET soll im Plenum am 18. Dezember 2025 entschieden werden. In den am 17. Juli 2025 beschlossenen Änderungen der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2026 ist die vorgesehene Aussetzung der Dialyse bereits berücksichtigt.

## **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: „Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2026 zu QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen“) verwiesen. Vor dem Hintergrund des [Beschlusses vom 17. Juli 2025](#) zur Freigabe des IQTIG-Abschlussberichts *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS WI, QS CHE, QS NET, QS TX, QS PM und QS GYN-OP* der DeQS-RL zur Veröffentlichung und Beauftragung des IQTIG mit der Umsetzung ist jedoch für das Verfahren QS NET – Dialyse eine Aussetzung für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 vorgesehen. Über die diesbezüglich erforderlichen normativen Änderungen in den themenspezifischen Bestimmungen zum

Verfahren QS NET soll im Plenum am 18. Dezember 2025 entschieden werden. In den am 17. Juli 2025 beschlossenen Änderungen der Spezifikation zum Erfassungsjahr 2026 ist die vorgesehene Aussetzung der Dialyse bereits berücksichtigt.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Aus den Änderungen in den Dokumentationsvorgaben resultiert eine Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.245.550 Euro. Infolge der Änderungen von Ausfüllhinweisen entstehen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 96.869 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

### 4. Verfahrensablauf

Am 17. Januar 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (*AG DeQS*) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (*s. untenstehende Tabelle*).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Januar 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
18. März 2025	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
2. April 2025	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
13. Mai 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
4. Juni 2025	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
17. Juli 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

#### Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen zur DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen zur DeQS-RL Teil 2 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. April 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. April 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten

Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Mai 2025.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 30. April 2025 fristgerecht mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom 6. Mai 2025 fristgerecht mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 13. Mai 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 4. Juni 2025 durchgeführt.

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Juli 2025 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss bis auf § 20 QS WI mit. Die Ländervertretung trägt den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Schreiben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Schreiben des Robert Koch-Instituts

Berlin, den 17. Juli 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET**

Entwurf der Stabsstelle Bürokratiekostenermittlung, Stand 16.05.2025

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehende sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI), Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) aktualisiert. Betroffene Leistungserbringer sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, ambulant und stationär tätige Dialyseeinrichtungen, nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte, die im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) dokumentationspflichtige Leistungen erbringen.

Zur Abschätzung der voraussichtlich entstehenden Bürokratiekosten sind nur solche Änderungen in den jeweiligen themenspezifischen Vorgaben im Rahmen der DeQS-RL zu betrachten, welche bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Vergleich zum Ist-Zustand bürokratischen Mehr- oder Minderaufwand auslösen. Bestehende bürokratischen Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, finden keinen Eingang in die Bürokratiekostenermittlung.

Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten ambulanten Einrichtungen und Krankenhausstandorte) dient der Bundesqualitätsbericht 2024 des IQTIG.

In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

### **1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche**

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehenden sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) aktualisiert.

Zum Erfassungsjahr 2026 ergeben sich im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) hinsichtlich der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation keine Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im Sinne von neuen und/oder gestrichenen Datenfelder für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Die Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie die in den einzelnen Leistungsbe-  
reichen anfallende Fallzahlen werden im Folgenden beschrieben. Aufgeführt sind jene Leis-  
tungsbereiche, deren Dokumentationsvorgaben geändert wurden; zudem werden lediglich  
die manuell zu dokumentierenden Datenfelder betrachtet.

Aufgrund unterschiedlicher auf dem Markt befindlicher Softwarelösungen ist eine Unterschei-  
dung in manuell einzugebende Bogenfelder einerseits sowie bereits für andere Zwecke ins  
Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die QS automatisch befüllbare  
Bogenfelder andererseits nicht in allen Fällen trennscharf möglich. Bei der Entwicklung und  
Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen wird zudem regelhaft geprüft, inwiefern die  
Möglichkeit zur automatischen Ausleitung von Daten aus dem Krankenhausinformationssys-  
tem besteht, um die Dokumentationsvorgänge möglichst anwenderfreundlich zu gestalten. Je  
nach Umfang der Nutzung dieser Möglichkeiten können die Aufwände insofern in der Praxis  
variieren.

Als Datenfelder, welche regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Export der Daten aus  
dem Praxisverwaltungssystem-PVS/Krankenhausinformationssystem-KIS) und welche somit  
nicht in der nachstehenden Zählung enthalten sind, wurden solche Datenfelder gezählt, die zu  
Abrechnungszwecken bzw. zur DRG-Weiterentwicklung an die gesetzlichen Krankenkassen  
(gemäß § 301 SGB V) bzw. das InEK (gemäß § 21 KHEntgG) übermittelt werden. Neben der  
Versichertennummer sind dies beispielsweise Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahmeda-  
tum, Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Haupt- und Sekundär Diagnosen (ICD-Kodes), Ent-  
lassungsdatum oder entlassender Standort.

Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der manuellen Befüllung der Datenfelder  
um eine komplexe Tätigkeit einschließlich der Recherche in der Patientenakte handelt, die  
ärztlichen und pflegerischen Sachverstand verlangt und somit ein hohes Qualifikationsniveau  
(62,00 Euro/h) voraussetzt. Der Zeitaufwand, der für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes  
notwendig ist, wird im Schnitt auf 0,3 Minuten geschätzt. Hieraus ergeben sich im Durch-  
schnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 0,31  
Euro.

### **1.1 Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im QS Verfahren PCI**

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen QS-Dokumentation im QS-Verfahren PCI er-  
weitern sich die Dokumentationsvorgaben für die Leistungserbringerinnen und Leistungser-  
bringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zum QS-Verfahren PCI sehen vor, dass  
sechs manuell zu dokumentierende Datenfelder - (1) *leitliniengerechte optimierte medika-  
mentöse antianginöse Therapie*, (2) *Ist der Befund des nicht invasiven Ischämienachweises  
passend zum Versorgungsgebiet des intervenierten Gefäßes?*, (3) *Stenosegrad (angiographi-  
scher Diameter)*, (4) *Stenosegrad (angiographischer Diameter) nicht bestimmt*, (5) *Ergab die  
intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?*, (6) *Ergab  
die (hämodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?* - neu aufgenom-  
men werden. Somit müssen die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zukünftig  
sechs Datenfelder mehr als bisher im Rahmen des QS Verfahren PCI dokumentieren.

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von 743.610 im Rahmen des QS-Verfahrens  
PCI dokumentierten Eingriffe ergibt sich somit eine Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten  
um etwa 1.383.115 Euro (0,31 Euro x 6 x 743.610).

## 1.2 Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im QS-Verfahren NET

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen Dialysedokumentation im Rahmen des QS-Verfahrens NET erweitern sich für dieses QS-Verfahren die Dokumentationsvorgaben der Leistungserbringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zur Dialyse im Rahmen des QS-Verfahrens QS NET sehen vor, dass zwei manuell zu dokumentierende Datenfelder (1) *Verordnung von Erythropoese stimulierenden Faktoren (ESF)*, (2) *verordnete Wochendosis* – gestrichen werden.

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von 325.441 bzw. 329.349 der im Rahmen des Auswertungsmodul NET-DIAL dokumentierten Behandlungsfälle aus den Erfassungsjahren 2022 und 2023 ergibt sich aufgrund der Streichung der beiden Datenfelder eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um 137.565 Euro  $((0,31 \text{ Euro} \times 55 \times 325.441) - (0,31 \times 53 \times 329.349))$ .

## 2. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

Darüber hinaus ist ein zusätzlicher Aufwand für die Änderungen der Ausfüllhinweise zu berücksichtigen. Entsprechend der Zeitwerttabelle können hierfür einmalig 48 Minuten je vertragsärztliche Einrichtung bzw. Krankenhausstandort je Verfahren angesetzt werden, bei mindestens einer relevanten Änderung in einem manuell zu dokumentierenden Datenfeld:

Tabelle 2: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

Standardaktivität	Komplexitätsgrad	Zeit in Min.
Einarbeitung in die Informationspflicht	mittel	15
Interne Sitzungen	mittel	30
Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	einfach	3
<b>Gesamt</b>		<b>48</b>

Die nachstehende Tabelle 3 liefert eine Übersicht über die Leistungsbereiche, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die je Leistungsbereich betroffenen Einrichtungen gemäß IQTIG Bundesqualitätsbericht 2024 dargestellt.

Tabelle 3: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

QS-Verfahren: Leistungsbereich	Einrichtungen/KH-Standorte 2023 je Verfahren		Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH in h
	ambulant	stationär	
QS PCI:			
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI	289	822	888,8
QS NET/Dialyse:			
Fallbezogene QS-Dokumentation Dialyse		842	673,6
<b>Zeitaufwand gesamt in h</b>			<b>1.562,4</b>

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (62,00 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 1.562,4 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 96.869 Euro  $(62,00 \text{ Euro} \times 1.562,4 \text{ h})$ .

### 3. Zusammenfassung

Insgesamt ergeben sich aus den Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den QS-Verfahren PCI und NET der DeQS-RL infolge der Änderungen in den Dokumentationsvorgaben eine Erhöhung der jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.245.550 Euro. Aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 96.869 Euro.

Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht

<b>Informationspflicht</b>	<b>Jährliche Bürokratiekosten</b>	<b>Einmalige Bürokratiekosten</b>
Änderungen Dokumentationsvorgaben QS PCI	1.383.115 Euro	
Änderungen Dokumentationsvorgaben QS NET/Dialyse	- 137.565 Euro	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		96.869 Euro
<b>Gesamt:</b>	<b>1.245.550 Euro</b>	<b>96.869 Euro</b>

**Stand: 07.04.2025**

**DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 1: QS PCI:** Derzeit geltende Fassung mit weiteren Änderungen zum EJ 2025 gemäß Beschluss vom 19.12.2024 (*Inkrafttreten nach BMG-Prüfung und BAnz-Veröffentlichung mit Wirkung vom 01.01.2025*)

und mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2026 in

- § 10 Abs. 2 und Abs. 3
- § 11 Abs. 2
- § 18
- § 19 Abs. 2
- Anlage I (*entspricht der vom IQTIG am 20.03.2025 bereitgestellten Fassung mit den kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen des IQTIG*)
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 04.04.2025 bereitgestellten Fassung mit den kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)

**Legende:**

Dissente Positionen sind **gelb** markiert.

## DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

### Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

#### § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens sind Koronarangiographien und Perkutane Koronarinterventionen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. <sup>2</sup>Diese Herzkathetereingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) <sup>1</sup>Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“. <sup>2</sup>Das Verfahren wird nachfolgend „QS PCI“ genannt.

(3) <sup>1</sup>Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

- a) Indikationsstellung des Indexeingriffs
- b) Durchführung des Indexeingriffs sowie
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) prozessbegleitender Kommunikation, Koordination und Kontinuität in der Versorgung
- e) Patienteninformation und Entscheidungsbeteiligung
- f) Symptombelastung und Schmerzen

messen, vergleichend darstellen und bewerten. <sup>2</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt.

<sup>3</sup>Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
- c) Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit
- d) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, Koordination und Kontinuität der Versorgung
- e) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung
- f) Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht.

<sup>4</sup>Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

#### § 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung des ambulant oder stationär erbrachten Indexeingriffs (sektorgleich).

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 der Richtlinie zugeordnet.

(3) <sup>1</sup>Zur Beurteilung des Indexeingriffs werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Dies sind im Einzelnen unerwünschte schwerwiegende kardiale oder zerebrovaskuläre Ereignisse (MACCE), Sterblichkeit, punktionsnahe Komplikationen und therapiebedürftige Blutungen.

(4) <sup>1</sup>Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. <sup>2</sup>Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. <sup>3</sup>Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) <sup>1</sup>Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. <sup>2</sup>Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist bei ambulanter Leistungserbringung das Datum des Indexeingriffs, bei stationärer Leistungserbringung das Datum der Entlassung nach dem Indexeingriff.

(6) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 30. Juni 2027 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2028 außer Kraft zu setzen ist.

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

### **§ 3 Begründung der Vollerhebung**

(1) <sup>1</sup>Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. <sup>4</sup>Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

(2) Für die Patientenbefragung wird aus der Grundgesamtheit der in das Verfahren einbezogenen Patientinnen und Patienten bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit ausreichend hohen Fallzahlen eine Zufallsauswahl nach § 19 Absatz 2 (Stichprobe) getroffen.

#### **§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, gelöscht.

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

#### **§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten**

(1) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern
- b) den Krankenkassen und
- c) den Patientinnen und Patienten in Form von Patientenbefragungen.

<sup>2</sup>Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind der **Anlage II** zu entnehmen. <sup>3</sup>Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie und im Fall von Satz 1 Buchstabe a zusätzlich Versendedaten für Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie. <sup>4</sup>Die Daten nach Satz 1 Buchstabe c sind Befragungsdaten aus Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2b der Richtlinie und werden in der Spezifikation nach Absatz 2 vorgegeben.

(2) <sup>1</sup>Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen sowie bezogen auf die Patientenbefragung Vorgaben für die Auswahl der Patientinnen und Patienten und die Fragebögen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums, vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

#### **§ 6 Datenflussverfahren**

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

#### **§ 7 Datenprüfung**

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

## **§ 8 [Unbesetzt]**

## **§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

<sup>1</sup>Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) bei Leistungserbringerinnen und beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen
- c) Daten aus Patientenbefragungen.

<sup>2</sup>Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. <sup>3</sup>Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet. <sup>4</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>5</sup>Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorjahres (sowohl Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up-Indikatoren)
- c) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungsdaten des Vorjahres gegebenenfalls auch eines längeren Erfassungszeitraumes.

## **§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

(1) <sup>1</sup>Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten

- a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- b) für ihre kollektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
- c) für ihre selektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,

die einen Indexeingriff erbracht haben. <sup>2</sup>Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- f) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators oder der jeweiligen Kennzahl nicht erreicht wird
- g) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Vertragsärztlich tätige Belegärztinnen und Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden; diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegärztin oder Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden
- i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

<sup>2</sup>Ergebnisse der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < 4 werden nicht ausgewiesen.

(3) <sup>1</sup>Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a und b**

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
[keine Übernahme]	<u>sowie auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Befragungsdaten aus der Patientenbefragung</u>

und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten. <sup>2</sup>Sie enthalten zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß **Anlage II Buchstabe c**.

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

(1) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die länderbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel pdf-Format) vorliegen.

(2) <sup>1</sup>Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin und Leistungserbringer:

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

- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

<sup>2</sup>Ergebnisse der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < 4 werden nicht ausgewiesen.

**§ 12** (weggefallen)

### **§ 13 Datenvalidierung**

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten des ersten Erfassungsjahres fest.

### **§ 14 Fachkommissionen**

<sup>1</sup>Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus je zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist. <sup>2</sup>Jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein. <sup>3</sup>Darüber hinaus soll die Fachkommission mit einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen besetzt sein. <sup>4</sup>Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen. <sup>5</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. <sup>6</sup>Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. <sup>7</sup>Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. <sup>8</sup>Alle Vertreterinnen und Vertreter nach Satz 1, 2 und 3 haben Fachkenntnisse der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Herzkranzgefäße.

### **§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene**

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

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

## § 16 Datenlieferfristen

(1) <sup>1</sup>Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten gemäß **Anlage II Buchstabe a** des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. <sup>2</sup>Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. <sup>3</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>4</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>5</sup>Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. <sup>6</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>7</sup>Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(1a) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 1 Sätze 1 bis 6 übermitteln die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten gemäß **Anlage II Buchstabe c** aller im Vormonat entlassenen Patientinnen und Patienten mit Indexeingriff spätestens bis zum 12. Tag des Monats an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle. <sup>2</sup>Gemäß Anlage zu Teil 1 § 3 der Richtlinie prüft die Datenannahmestelle die Daten, tauscht die leistungserbringeridentifizierenden Daten gegen das Leistungserbringerpseudonym aus und übermittelt die Daten unverzüglich weiter an die Versendestelle. <sup>3</sup>Für die Daten besteht eine Korrekturfrist von sieben Tagen.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß **Anlage II Buchstabe b** jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

## § 17 Fristen für Berichte

(1) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen, sowie die Ergebnisse der Patientenbefragung, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres sowie gegebenenfalls auch auf einen längeren Erfassungszeitraum beziehen. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Landesarbeitsgemeinschaft zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. <sup>2</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. <sup>2</sup>Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. <sup>3</sup>Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungsdokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen, Ergebnisse der Patientenbefragung, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres sowie gegebenenfalls auch auf einen längeren Erfassungszeitraum beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

## § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

<sup>1</sup>Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2025~~6~~ Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. <sup>2</sup>Für die Erfassungsjahre ~~2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 und 2025~~bis 2026 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

## § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

(1) Die Versendestelle entschlüsselt und prüft die von den Datenannahmestellen übermittelten Daten unverzüglich gemäß § 7 und der Anlage zu Teil 1 § 4a Absatz 1 und 1a der Richtlinie.

(2) <sup>1</sup>Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie ~~monatlich~~ eine geschichtete Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung auf Basis der von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 und 2 der Richtlinie durchgeführten Indexeingriffe gezogen. <sup>2</sup>~~Art und Umfang der Stichprobe sowie die~~Die technische Umsetzung der Stichprobe entspricht entsprechen den Vorgaben gemäß § 5 Absatz 2. <sup>3</sup>Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 20. Tag eines Monats bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der im Vormonat entlassenen bzw. behandelten Patientinnen und Patienten einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers. <sup>4</sup>Für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr näherungsweise 200 Patientinnen und Patienten in die Stichprobe einzubeziehen bzw. für die Befragung auszuwählen (Stichprobenumfang). <sup>5</sup>~~Die 200 Fälle sind dabei näherungsweise durch kontinuierliche Optimierung der Stichprobenziehung zu erreichen.~~ Um den jährlichen Stichprobenumfang zu erreichen, gilt für die monatliche Zufallsstichprobe gemäß Satz 1 ein anzustrebender Stichprobenumfang von 17 Fällen. <sup>6</sup>Unterschreitet die Grundgesamtheit gemäß Satz 3 in einem oder mehreren Monaten die anzustrebende Stichprobengröße, erfolgt in dem jeweiligen Monat eine

Vollerhebung und der monatlich anzustrebende Stichprobenumfang des jeweiligen Folgemonats wird auf 17 Fälle plus die kumulative Anzahl Fälle, die in den Vormonaten zu 17 Fällen fehlten erhöht.<sup>6</sup>Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich, ~~geschätzt anhand der Qualitätssicherungsdaten des Vorjahres, ist~~ wird somit in der Regel eine Vollerhebung angestrebt durchzuführen.<sup>7</sup>~~Die Bundesauswertungsstelle informiert die Versendestelle jährlich zu Validierungszwecken über die Fallzahlen der einzelnen pseudonymisierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.~~<sup>8</sup>Abweichend von Teil 1 § 11a Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie darf die Versendestelle das Leistungserbringerpseudonym und die Anzahl der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für das laufende Jahr ~~und das Vorjahr~~ übermittelten Datensätze ~~sowie die nach Satz 7 von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Daten~~ so lange verarbeiten, wie dies für Zwecke nach Satz 4 bis ~~6~~<sup>7</sup> erforderlich ist; diese Daten sind spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen.<sup>9</sup>~~Liegen hierzu zu einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer keine Informationen vor, so führt die Versendestelle zunächst eine Vollerhebung durch und überprüft nach Ablauf von drei Monaten anhand der vorliegenden Fallzahlen, ob eine Stichprobenziehung angezeigt ist.~~

(3) <sup>1</sup>Die Zuordnung der korrekten Fragebogenversion anhand der Versendedata, die Erstellung und der Druck der Befragungsunterlagen mit Hilfe der vom organisatorisch unabhängigen Bereich bereitgestellten Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie gemäß den Vorgaben nach § 5 Absatz 2 und die Bereitstellung der verschlossenen, adressierten Kuverts erfolgen unverzüglich nach der Stichprobenziehung.<sup>2</sup>Die Rücksendefrist für die Patientinnen und Patienten wird im Anschreiben angegeben und beträgt 20 Tage nach Versendung des Fragebogens.

(4) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle meldet werktäglich die FB-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück.<sup>2</sup>Die Versendestelle gleicht diese Informationen automatisiert mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen ab.<sup>3</sup>Zwölf Tage nach Versand des Fragebogens erstellt die Versendestelle ein Erinnerungsschreiben (bestehend lediglich aus einem Anschreiben) an die Patientinnen und Patienten, von denen noch kein Fragebogen eingegangen ist und stellt dies zum Versand bereit.<sup>4</sup>Wenn innerhalb von weiteren zwölf Tagen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens noch kein Fragebogen bei der Bundesauswertungsstelle eingegangen ist, erstellt die Versendestelle eine weitere Sendung (bestehend aus Anschreiben, Informationsblatt, Fragebogen, Rücksendeumschlag) und stellt diese zum Versand bereit.

(5) <sup>1</sup>Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird in dem Zeitraum drei Wochen bis zwölf Wochen nach erfolgtem Indexeingriff durchgeführt.<sup>2</sup>Fragebögen, die nach Verstreichen der festgelegten Ausschlussfrist beim Institut nach § 137a SGB V eintreffen, werden von der Auswertung ausgeschlossen.

(6) <sup>1</sup>Die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle erfolgt jeweils zum 25. April, 25. Juli, 25. November und 25. Januar bezogen auf das vorangegangene Quartal.<sup>2</sup>Die Mapping-Tabelle enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden behandlingsspezifischen Daten und gegebenenfalls Informationen zur Stornierung des entsprechenden fallbezogenen Datensatzes.

(7) Zum Zweck der Vollzähligkeitskontrolle (Soll-Ist-Abgleich) gemäß Teil 1 § 15 Absatz 6 übermittelt die Versendestelle jeweils zum 25. April, 25. Juli, 25. November und 25. Januar eine Tabelle an die Bundesauswertungsstelle, die die Anzahl der eingegangenen

Patientendatensätze je Leistungserbringerpseudonym und Angaben zu von der jeweiligen Leistungserbringerin oder vom jeweiligen Leistungserbringer stornierten Datensätzen an die Bundesauswertungsstelle enthält.

(8) <sup>1</sup>Für einen Zeitraum von viereinhalb Jahren wird die Patientenbefragung erprobt, um die Methoden der Datenerfassung und der Aufklärung und Bewertung von Auffälligkeiten und die Rückmeldung der Ergebnisse an die Stellen auf Landesebene und die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu optimieren. <sup>2</sup>Gegenstände der Erprobung sind daher insbesondere die Funktionalität und Praktikabilität der Datenerfassung, die Gestaltung der Rückmeldeberichte nach § 10 und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11, Bewertung und Aufklärung der Auffälligkeiten und die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. <sup>3</sup>Die Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Erhebung und Übermittlung der Daten nach Anlage II Buchstabe c zu Zwecken der Patientenbefragung und damit die Erprobung beginnt am 1. Juli 2022. <sup>4</sup>Für den Zeitraum der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie festgelegt, es sei denn, bei der Bewertung der Auswertungen werden analog Teil 1 § 17 Absatz 10 besonders schwerwiegende Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen. <sup>5</sup>Die ersten sechs Monate dienen der Erprobung der Datenerhebung und des Datenflusses. <sup>6</sup>Zum ersten vollständigen Erfassungsjahr werden keine Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 durchgeführt, zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die LAGen unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen. <sup>7</sup>Ab dem zweiten vollständigen Erfassungsjahr führen die LAGen unter Beteiligung der Fachkommissionen bei ausreichender Datengrundlage Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie durch und beschließen über die Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung geeigneter Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 der Richtlinie. <sup>8</sup>Bei Durchführung von Stellungnahmeverfahren sowie der Empfehlung von Maßnahmen ist unter anderem zu beachten, dass die Aufklärung rechnerischer Auffälligkeiten durch Einzelfallbetrachtungen nicht möglich ist und ausschließlich die Grundgesamtheit eines Indikators betrachtet werden kann. <sup>9</sup>Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. <sup>10</sup>Das Institut nach § 137a SGB V erhebt die hierfür notwendigen Informationen von den Verfahrensbeteiligten jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres der Erprobung und berücksichtigt diese in den nächsten Empfehlungen zu den Änderungen der Spezifikation und der prospektiven Rechenregeln. <sup>11</sup>Das Institut nach § 137a SGB V erstellt für den Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils bis zum 15. Januar des Folgejahres einen Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. <sup>12</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet auf Basis des Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie, der prospektiven Rechenregeln und der Spezifikationen für das folgende Erfassungsjahr.

## Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS PCI)

## a) QS-Dokumentationsdaten/Sozialdaten

## Indikatorenliste

1	<del>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als</del> Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) <u>bei chronischem Koronarsyndrom</u>
ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig) mit der führenden Indikation „ <del>bekanntes KHK</del> “ <u>chronisches Koronarsyndrom</u> oder „ <del>Verdacht auf KHK</del> “ <u>beziehungsweise Ausschluss KHK</u> “, <u>chronisches Koronarsyndrom</u> , die auf der Grundlage gesicherter oder fraglicher, objektiver (apparativer), nicht-invasiver Ischämiezeichen <u>oder eines pathologischen Koronar-CTs</u> durchgeführt wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig), bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive <u>nicht-invasive Ischämiezeichen</u> <u>oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)</u> ) vorliegt, soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI (isoliert oder einzeitig) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit.
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Thrombininjektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographie/PCI.
Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI

	und einzeitigen Koronarangiographien/PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt
ID	56014
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI (isoliert oder einzeitig) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
ID	56022

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<a href="#">8</a>	<a href="#">Indikation zur elektiven Revaskularisation bei chronischem Koronarsyndrom bzw. nach akutem Koronarsyndrom</a>
<a href="#">ID</a>	<a href="#">56027</a>
<a href="#">Beschreibung</a>	<a href="#">Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom oder nach Komplettierung der Revaskularisation bei akutem Koronarsyndrom, für die eine leitliniengerechte Indikation zur invasiven Revaskularisation vorliegt.</a>
<a href="#">Qualitätsziel</a>	<a href="#">Der Anteil an elektiven PCI bei chronischem Koronarsyndrom oder bei Komplettierung der Revaskularisation nach akutem Koronarsyndrom mit angemessener Indikationsstellung soll hoch sein.</a>
<a href="#">Indikatortyp</a>	<a href="#">Indikationsstellung</a>

### Kennzahlenliste

1	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
ID	56024
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 8. bis zum 30. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isoliert oder einzeitig).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
ID	56026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isoliert oder einzeitig).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

## b) Patientenbefragung

## Indikatorenliste

1	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
ID	56100
Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	<u>Symptomatische</u> Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie
ID	56101
Beschreibung	Der Indikator misst, ob die Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird, ob vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen <del>über die Ziele und Folgen</del> vor der <u>elektiven</u> Koronarangiografie <del>informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird beziehungsweise eine Bypass-Operation oder ein(e) andere(r) Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die/der damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten</del> <u>spürbare</u> Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene <u>symptomatische</u> Indikation aus Patientensicht <del>abgeleitet werden kann</del> <u>besteht</u> .
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	<del>Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur</del>
<del>ID</del>	<del>56102</del>
<del>Beschreibung</del>	<del>Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten nach einer elektiven Koronarangiografie beziehungsweise PCI (isoliert, einzeitig) direkt bei Entlassung einen Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten haben.</del>

Qualitätsziel	<del>Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten.</del>
Indikatortyp	Indikationsstellung
<u>43</u>	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
ID	56103
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern die prozessbegleitende Koordination zwischen dem Pflege- und Assistenzpersonal widerspruchsfrei abläuft und inwiefern es Patientinnen und Patienten ermöglicht wurde, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten mitzunehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
<u>54</u>	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
ID	56104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist.
Indikatortyp	Prozessindikator
<u>65</u>	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
ID	56105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen

	und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen.
Indikatorotyp	Prozessindikator
<u>7</u>	<u>Patienteninformation vor der elektiven Prozedur</u>
ID	56106
Beschreibung	<del>Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen informiert wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können.</del>
Qualitätsziel	<del>Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, informiert werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.</del>
Indikatorotyp	Prozessindikator
<u>86</u>	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
ID	56107
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen <u>beziehungsweise</u> Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation).
Indikatorotyp	Prozessindikator
<u>97</u>	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
ID	56108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie <u>beziehungsweise</u> PCI das Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden.

Indikatortyp	Prozessindikator
<del>108</del>	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
ID	56109
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten.
Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
<del>119</del>	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
ID	56110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie <del>zum Beispielz. B.</del> durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin/den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
<del>12</del>	<del>Patienteninformation nach der Prozedur</del>
<del>ID</del>	<del>56111</del>
<del>Beschreibung</del>	<del>Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.</del>
<del>Qualitätsziel</del>	<del>Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.</del>
<del>Indikatortyp</del>	<del>Prozessindikator</del>

<a href="#">1310</a>	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
ID	56112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung sowie Art und Dosierung der Medikation).
Indikatorotyp	Prozessindikator
<a href="#">1411</a>	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender <a href="#">beziehungweisebzw.</a> akuter PCI
ID	56113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden <a href="#">beziehungweisebzw.</a> akuten PCI informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden <a href="#">beziehungweisebzw.</a> akuten PCI informiert werden.
Indikatorotyp	Prozessindikator
<a href="#">1512</a>	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI
ID	56114
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation <a href="#">beziehungweisebzw.</a> ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen.
Indikatorotyp	Prozessindikator
<a href="#">1613</a>	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
ID	56115
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben.

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten.
Indikatortyp	Prozessindikator
<del>17</del> <u>14</u>	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle
ID	56116
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<del>18</del> <u>15</u>	Vermeidung schmerzhafter und/oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur
ID	56117
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine schmerzhaften oder bewegungseinschränkenden Hämatome aufweisen.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<del>19</del> <u>16</u>	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI
ID	56118
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<u>17</u>	<u>Patienteninformation zur Entscheidung für die elektive Prozedur</u>
<u>ID</u>	<u>56119</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen aufgeklärt wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können.</u>

<u>Qualitätsziel</u>	<u>Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz und über das Ziel der elektiven Prozedur informiert werden.</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Prozessindikator</u>
<u>18</u>	<u>Patienteninformation zur Durchführung der elektiven Prozedur</u>
<u>ID</u>	<u>56120</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis sowie Schonung bei Belastung und der weiteren medizinischen Behandlung informiert werden.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Patientinnen und Patienten sollen umfassend über den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, informiert werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Prozessindikator</u>
<u>19</u>	<u>Patienteninformation für die Zeit nach der Prozedur</u>
<u>ID</u>	<u>56121</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden.</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Prozessindikator</u>
<u>20</u>	<u>Patienteninformation zu Gesundheit und Prävention bei PCI</u>
<u>ID</u>	<u>56122</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der elektiven bzw. akuten/notfallmäßigen PCI (isoliert, einzeitig) die wesentlichen Informationen zu Bewegung und Sekundärprävention gegeben wurden.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven bzw. akuten/notfallmäßigen PCI (isoliert, einzeitig) über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.</u>

Indikatortyp

Prozessindikator

## Anlage II: Erforderlichkeit der Daten\_(QS PCI)

## Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

## a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X	
2	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> [Basis] <sup>1</sup>	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> [Basis] <sup>2</sup>	X			X	
4	Versionsnummer -[Basis]				X	

1 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
5	Stornierung eines Datensatzes ( <u>inklusiveinkl.</u> aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X	X
11	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X		
12	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>13</sup>	X			X	
13	GKV-Versichertenstatus <sup>24</sup>	X	X		X	
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>35</sup>	X	X		X	

<sup>13</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>24</sup>In der 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.

<sup>35</sup>In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
15	Institutionskennzeichen	X			X	
16	entlassender Standort 6-stellig <sup>46</sup>	X	X	X	X	
17	behandelnder Standort 6-stellig <sup>57</sup>	X	X	X		
18	Fachabteilung	X				
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X	
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X		
21	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren <sup>68</sup>	X	X	X	X	
22	Geburtsjahr <sup>79</sup>	X	X	X	X	
23	Geschlecht	X		X		
24	Aufnahmedatum (stationär)	X	X			X
25	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X		
26	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X		
27	Körpergröße		X	X		
28	Körpergröße unbekannt		X	X		
29	Körpergewicht		X	X		

<sup>46</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>57</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>68</sup>In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>79</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
30	Körpergewicht unbekannt		X	X		
31	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X	
32	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> [Prozedur] <sup>10</sup>	X			X	
33	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> [Prozedur] <sup>11</sup>	X			X	
34	Versionsnummer [Prozedur]				X	
35	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) <u>beziehungsweise bzw.</u> innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?		X	X	X	

10 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

11 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
36	Datum der Prozedur	X	X			X
37	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) <sup>812</sup>	X		X	X	
38	Quartal der Operation <sup>913</sup>	X		X	X	
39	akutes Koronarsyndrom		X	X	X	X
40	Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		X	X		X
41	Angina pectoris oder Angina-pectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) bei chronischem Koronarsyndrom <del>(CCS)</del>		X	X		X
<u>42</u>	<u>leitliniengerechte optimierte medikamentöse antianginöse Therapie</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		
<u>4243</u>	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen <u>oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)</u>		X	X		
<u>4344</u>	zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik		X	X		
<u>4445</u>	Herzinsuffizienz		X	X	X	X

<sup>812</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>913</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Prozedur“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
<u>4546</u>	kardiogener Schock		X	X		X
<u>4647</u>	Art der Prozedur		X	X	X	X
<u>4748</u>	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X		
<u>4849</u>	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X	X
<u>4950</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
<u>5051</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
<u>5152</u>	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
<u>5253</u>	Dialysepflicht		X	X		
<u>5354</u>	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X		
<u>5455</u>	Zugangsweg		X	X		
<u>5556</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X	
<u>5657</u>	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> [Koronarangiographie] <sup>14</sup>	X			X	

14 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringern und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
<del>57</del> <u>58</u>	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> [Koronarangiographie] <sup>15</sup>	X			X	
<del>58</del> <u>59</u>	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	
<del>59</del> <u>60</u>	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X	
<del>60</del> <u>61</u>	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) <del>beziehungsweise</del> <u>bzw.</u> innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?		X		X	
<del>61</del> <u>62</u>	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X		X
<del>62</del> <u>63</u>	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] <sup>1016</sup>	X		X		X

15 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringern und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

1016 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
<del>63</del> <u>64</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X	
<del>64</del> <u>65</u>	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> [PCI] <sup>17</sup>	X			X	
<del>65</del> <u>66</u>	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> [PCI] <sup>18</sup>	X			X	
<del>66</del> <u>67</u>	Versionsnummer [PCI]				X	
<del>67</del> <u>68</u>	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
<del>68</del> <u>69</u>	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) <u>beziehungsweise</u> innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X	

17 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

18 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
<del>69</del> <u>70</u>	Indikation zur PCI		X	X	X	X
<del>70</del> <u>71</u>	War der aktuelle STEMI Anlass der stationären Aufnahme <del>beziehungsweise</del> bzw. des Behandlungsfalls?		X	X	X	
<del>71</del> <u>72</u>	Operationen- und Prozedurenschlüssel <sup><del>44</del><u>19</u></sup> [PCI]	X		X		X
<del>72</del> <u>73</u>	PCI an Hauptstamm		X	X		X
<del>73</del> <u>74</u>	PCI an LAD		X	X		X
<del>74</del> <u>75</u>	PCI an RCX		X	X		X
<del>75</del> <u>76</u>	PCI an RCA		X	X		X
<u>77</u>	<u>Ist der Befund des nicht invasiven Ischämienachweises passend zum Versorgungsgebiet des intervenierten Gefäßes?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		
<u>78</u>	<u>Stenosegrad (angiographischer Diameter)</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		
<u>79</u>	<u>Stenosegrad (angiographischer Diameter) nicht bestimmt</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		
<u>80</u>	<u>Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		

<sup>~~44~~19</sup> 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
<u>81</u>	<u>Ergab die (häodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?</u>		X	X		
<u>7682</u>	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X	X
<u>7783</u>	PCI am kompletten Gefäßverschluss		X	X		X
<u>7884</u>	PCI eines Koronarbypasses		X	X		X
<u>7985</u>	PCI am ungeschützten Hauptstamm		X	X		X
<u>8086</u>	PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA		X	X		X
<u>8187</u>	PCI am letzten verbliebenen Gefäß		X	X		X
<u>8288</u>	PCI an einer In-Stent Stenose		X	X		X
<u>8389</u>	PCI an einer Bifurkationstenose		X	X		X
<u>8490</u>	Sonstiges		X	X		X
<u>8591</u>	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X		
<u>8692</u>	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X	
<u>8793</u>	Door-Zeitpunkt (Datum)		X			
<u>8894</u>	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
<u>8995</u>	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X			
<u>9096</u>	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
<del>91</del> <u>97</u>	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X	
<del>92</del> <u>98</u>	koronarer Verschluss		X	X		
<del>93</del> <u>99</u>	TIA/Schlaganfall		X	X		
<del>94</del> <u>100</u>	Exitus im Herzkatheterlabor		X	X		
<del>95</del> <u>101</u>	sonstige		X	X		
<del>96</del> <u>102</u>	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X	
<del>97</del> <u>103</u>	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X			
<del>98</del> <u>104</u>	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X	
<del>99</del> <u>105</u>	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X			
<del>100</del> <u>106</u>	postprozedurale Verlegung <del>beziehungsweise</del> Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI		X	X	X	X
<del>101</del> <u>107</u>	Datum der postprozeduralen Verlegung <del>beziehungsweise</del> Einweisung zur Notfall-CABG-Operation		X			X
<del>102</del> <u>108</u>	postprozedurale Transfusion im Zusammenhang		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
	mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie					
<del>103</del> <u>10</u> <u>9</u>	Datum der postprozeduralen Transfusion		X			
<del>104</del> <u>11</u> <u>0</u>	postprozedurales Aneurysma spurium		X	X	X	
<del>105</del> <u>11</u> <u>1</u>	Datum des postprozeduralen Aneurysma spuriums		X			
<del>106</del> <u>11</u> <u>2</u>	Entlassungsdatum	X				X
<del>107</del> <u>11</u> <u>3</u>	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) <del>beziehungsweise</del> bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) <sup><del>1220</del></sup>	X		X		X

<sup>~~1220~~</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	

<sup>1</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

<sup>2</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer	X			X	

<sup>3</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X

10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <del>beziehungsweise</del> bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+',	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
	'*', '#', '!', ':-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär Diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und Anwendungsbezogene Gründe	Folow- <del>U</del> <del>sup</del> -Information

12	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
13	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#',	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
	'!', '.-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär Diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und Anwendungsbezogene Gründe	Folow- <del>U</del> <del>up</del> -Information

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
16	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
<b>§ 301 (AMBO)</b>							
18	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
19	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
20	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	

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

<sup>7</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
21	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
22	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X			X
23	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
24	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
25	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
26	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
27	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart>@ebm	X	X	X		X
28	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANG SDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
29	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
30	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>							
31	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X	

<sup>9</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
32	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
33	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
34	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
35	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
36	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			X
37	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X
38	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
39	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
40	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
41	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>							
42	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X		X
43	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
44	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
45	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X
46	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>12</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
47	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
<b>§ 300 (Apotheken)</b>							
48	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>13</sup>	source(300)@quelle				X	
49	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>14</sup>	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
50	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>15</sup>	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
51	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
52	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			X
53	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder	X		X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow- <del>up</del> -Information
54	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X	
55	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X		X
56	Gegebenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet	X	X	X		X
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>							

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
57	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>16</sup>	source(295s)@quelle				X	
58	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen/ <del>/</del> Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
59	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>18</sup>	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen/ <del>/</del> Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
60	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen/ <del>/</del> Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
61	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>19</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
62	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>20</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	

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

20 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
63	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
64	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum. <del>11/1</del> <del>12/12</del> .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				
65	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum. <del>11/1</del> <del>12/12</del> .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
66	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X				

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
67	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
68	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
69	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
70	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X
<b>Administrative Daten</b>							
71	IKNR der Krankenkasse <sup>21</sup>	Admin@kasseiknr	X			X	

21 Die IKNR der Krankenkasse wird durch die Datenannahmestelle der Krankenkassen pseudonymisiert. Die Bundesauswertestelle erhält keine IKNR der Krankenkasse, sondern ein Pseudonym.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
72	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
73	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
74	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>22</sup>	Admin@dienstleister				X	

<sup>22</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

## c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1 <sup>***-</sup>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X	
2 <sup>***-</sup>	<del>Vorgangsnummer</del> [Basis] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) <u>Datensatz-ID</u> [Basis] <sup>1</sup>	X			X	
3 <sup>***-</sup>	<del>Vorgangsnummer</del> <u>Datensatz-ID</u> (GUID) [Basis] ( <del>eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung</del> ) <sup>2</sup>	X			X	
4 <sup>***-</sup>	Versionsnummer [Basis]				X	
5 <sup>**-</sup>	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X	
6 <sup>**</sup>	Modulbezeichnung				X	

1 Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet. Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

2 Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet. Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
7 <sup>***-</sup>	Teildatensatz oder Bogen				X	
8 <sup>***-</sup>	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9 <sup>±**</sup>	Status des Leistungserbringers	X			X	
10 <sup>±*-</sup>	Art der Leistungserbringung	X			X	
11 <sup>** *-</sup>	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>3</sup>	X			X	
12 <sup>** ***</sup>	entlassender Standort 6-stellig <sup>4</sup>	X	X	X	X	
13 <sup>** *-</sup>	GKV-Versichertenstatus <sup>5</sup>	X			X	
14 <sup>** **</sup>	Titel				X	
15 <sup>** **</sup>	Vorsatzwort				X	
16 <sup>** **</sup>	Namenszusatz				X	
17 <sup>** **</sup>	Nachname				X	
18 <sup>** **</sup>	Vorname				X	

3 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

5 In der 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
19 <sup>**</sup> **	Adresszusatz				X	
20 <sup>**</sup> **	Straße und Hausnummer				X	
21 <sup>**</sup> **	Postleitzahl				X	
22 <sup>**</sup> **	Wohnort				X	
23 <sup>**</sup> **	Land				X	
24 <sup>**</sup> ***	Institutionskennzeichen	X			X	
25 <sup>**</sup> ***	behandelnder Standort 6-stellig <sup>6</sup>	X	X	X		
26 <sup>**</sup> ***	Betriebsstättennummer ambulant	X	X			
27 <sup>**</sup> ***	Nebenbetriebsstättennummer	X	X			
28 <sup>**</sup> *-	Geschlecht	X			X	
29 <sup>**</sup> *-	Aufnahmedatum (stationär)	X				
30 <sup>**</sup> *-	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X	

<sup>6</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
31 <sup>**</sup> *_	Vorgangsnummer [Prozedur] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) Datensatz-ID [Prozedur] <sup>7</sup>	X			X	
32 <sup>**</sup> *_	Vorgangsnummer Datensatz-ID (GUID) [Prozedur] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) <sup>8</sup>	X			X	
33 <sup>**</sup> *_	Versionsnummer [Prozedur]				X	
34 <sup>**</sup> *_	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) beziehungsweise innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X	
35 <sup>**</sup> *_	Datum der Prozedur	X			X	
36 <sup>**</sup> *_	Quartal der Operation <sup>9</sup>	X			X	

7 Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Datensatz-ID, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet. Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

8 Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine Die Datensatz-ID, die kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
37 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	Art der Prozedur				X	
38 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	Gebührenordnungsposition (GOP)	X			X	
39 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	Dringlichkeit der Prozedur				X	
40 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X	
41 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	<del>Vorgangsnummer</del> <u>Datensatz-ID</u> [Koronarangiographie] ( <del>eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung</del> ) <sup>10</sup>	X			X	
42 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	<del>Vorgangsnummer</del> <u>Datensatz-ID</u> (GUID) [Koronarangiographie] ( <del>eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung</del> ) <sup>11</sup>	X			X	
43 <sup>**</sup> <del>**</del> <del>-</del>	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	

10 ~~Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine~~Die Datensatz-ID, die kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems ~~kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet.~~ Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

11 ~~Bei der Patientenbefragung handelt es sich bei der Vorgangsnummer um eine~~Die Datensatz-ID, die kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems ~~kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet.~~ Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
44 <sup>**</sup> <sub>**</sub> -	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X	
45 <sup>**</sup> <sub>**</sub> -	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) <u>beziehungsweise</u> innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X	
46 <sup>**</sup> <sub>**</sub> -	Operationen- und Prozedurenschlüssel <sup>12</sup> [Koronarangiographie]	X			X	
47 <sup>**</sup> <sub>**</sub> -	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI]				X	
48 <sup>**</sup> <sub>**</sub> -	<u>Vorgangsnummer [PCI] (eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung) Datensatz-ID [PCI]</u> <sup>13</sup>	X			X	

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

13 Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
49 <sup>**</sup> *_	<del>Vorgangsnummer</del> <u>Datensatz-ID (GUID) [PCI]</u> <del>(eigens generierte Vorgangsnummer für die Patientenbefragung)</del> <sup>14</sup>	X			X	
50 <sup>**</sup> *_	Versionsnummer [PCI]				X	
51 <sup>**</sup> *_	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
52 <sup>**</sup> *_	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) beziehungsweise innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X	
53 <sup>**</sup> *_	Operationen- und Prozedurschlüssel <sup>13,15</sup> [PCI]	X			X	
54 <sup>**</sup> *_	Patient verstorben	X				
55 <sup>**</sup> *_	Entlassungsdatum	X				

**\*\*\*** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

**\*\*** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

14 Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

13,15 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

**\*\*\*\*** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertestelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

**\*\*\*\*** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

**Stand: 07.04.2025**

**DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 2: QS WI:** Derzeit geltende Fassung mit weiteren Änderungen zum EJ 2025 gemäß Beschluss vom 19.12.2024 (*Inkrafttreten nach BMG-Prüfung und BAnz-Veröffentlichung mit Wirkung vom 01.01.2025*)

und mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2026 in

- § 10 Abs. 1 und Abs. 3
- § 18
- Anlage II Tabellen a, b und c (*entspricht den vom IQTIG am 04.04.2025 bereitgestellten Fassungen mit den kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen des IQTIG*)

## DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

### Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

#### § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens ist die Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. <sup>2</sup>Das Verfahren soll insbesondere fachgebietsübergreifend die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen messen, vergleichend darstellen und bewerten. <sup>3</sup>Dazu werden fallbezogen postoperative Wundinfektionsraten und einrichtungsbezogen das Hygiene- und Infektionsmanagement betrachtet. <sup>4</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. <sup>5</sup>Zur Beurteilung der Wundinfektionsraten werden in das Verfahren hierfür maßgebliche Operationen für das jeweilige Fachgebiet bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren aufgenommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. <sup>6</sup>Die maßgeblichen Operationen sind in der Spezifikation nach § 5 Absatz 2 in Form von OPS-Kodes aufgelistet. <sup>7</sup>Als maßgebliche Operationen kommen nur solche in Betracht, die stationär oder ambulant als Krankenhausleistung in der Regel in den folgenden Fachgebieten durchgeführt werden:

- a) Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- b) Gefäßchirurgie
- c) Viszeralchirurgie
- d) Orthopädie/Unfallchirurgie
- e) Plastische Chirurgie
- f) Gynäkologie und Geburtshilfe
- g) Urologie
- h) Herzchirurgie.

(2) Im vertragsärztlichen Bereich kommen als maßgebliche Operationen solche in Betracht, die stationär oder ambulant durch eine der folgenden Facharztgruppen durchgeführt werden:

- a) Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- b) Gefäßchirurgie
- c) Viszeralchirurgie
- d) Orthopädie/Unfallchirurgie
- e) Plastische Chirurgie
- f) Gynäkologie und Geburtshilfe
- g) Urologie.

(3) Nicht berücksichtigt werden insbesondere neurochirurgische Operationen und Operationen an der Wirbelsäule sowie ausschließlich Katheter-gestützte Operationen und Operationen über natürliche Körperöffnungen.

(4) <sup>1</sup>Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“. <sup>2</sup>Das Verfahren wird nachfolgend „QS WI“ genannt.

(5) <sup>1</sup>Das Verfahren hat insbesondere folgende Ziele:

- a) Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen
- b) Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements
- c) Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.

<sup>2</sup>Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

## **§ 2 Eckpunkte**

(1) <sup>1</sup>Unter nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden stationär behandelte Wundinfektionen verstanden, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff ohne Implantat bzw. innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff mit Implantat auftreten. <sup>2</sup>Die Festlegung, welcher Eingriff als „Eingriff mit Implantat“ ausgewertet wird, ist den Rechenregeln gemäß Teil 1 § 14a der Richtlinie zu entnehmen.

(2) Die maßgeblichen Operationen gemäß § 1, die belegärztlich durchgeführt werden, werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) <sup>1</sup>Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. <sup>2</sup>Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden.

(4) Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) Zum 30. Juni 2026 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele nach § 1 Absatz 5 unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

## **§ 3 Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V**

(1) <sup>1</sup>Die Wundinfektionsraten für Operationen nach § 1 Absatz 1 und 2 werden mit Hilfe der nachfolgend definierten Daten berechnet.

- a) <sup>1</sup>Der Nenner der Wundinfektionsraten umfasst die nach § 1 Absatz 1 und 2 ambulant und stationär erbrachten Operationen, die für das Qualitätssicherungsverfahren nachbeobachtet werden. <sup>2</sup>Zur Berechnung der Zahl des Nenners und zur Risikoadjustierung ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (**Anlage II Buchstabe a**) erforderlich. <sup>3</sup>Eine Zusammenführung dieser Daten mit weiteren

Datensätzen ist aus methodischen Gründen nicht erforderlich. <sup>4</sup>Eine Verarbeitung patientenbezogener Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie erfolgt daher nicht.

- b) <sup>1</sup>Der Zähler der Wundinfektionsraten bezeichnet alle im Rahmen der Nachbeobachtung bei stationärer Behandlung festgestellten Wundinfektionen. <sup>2</sup>Zur Berechnung des Zählers ist die Erhebung von Daten zu potentiellen postoperativen Wundinfektionen, die zeitlich (30 Tage oder 90 Tage) nach den in Buchstabe a genannten Operationen auftreten, erforderlich. <sup>3</sup>Hierzu werden Sozialdaten bei den Krankenkassen (**Anlage II Buchstabe b**) genutzt. <sup>4</sup>Zu diesen potenziellen postoperativen Wundinfektionen sind die Krankenhäuser verpflichtet, Daten zu verarbeiten (**Anlage II Buchstabe c**). <sup>5</sup>Bei diesen Daten werden patientenbezogene Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie verarbeitet und nach Pseudonymisierung zur Verknüpfung von Daten genutzt.

<sup>2</sup>Das Verfahren wird auf der Grundlage zweier Vollerhebungen nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V für gegenüber der GKV erbrachte maßgebliche Operationen nach Buchstabe a und die Wundinfektionen nach Anlage II Buchstabe b durchgeführt. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da die durch die Wundinfektionsindikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Orts ihrer Behandlung nicht vorhersehbar sind. <sup>4</sup>Folglich können nur mit einer Vollerhebung aller stationär behandelten potenziellen postoperativen Wundinfektionen die Wundinfektionsraten zu den Einrichtungen berechnet werden, die ursprünglich die ambulante oder stationäre Operation erbracht haben.

(2) <sup>1</sup>Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die mindestens eine der nach § 1 Absatz 1 und 2 maßgeblichen Operationen in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres gegenüber der GKV erbracht und im Laufe des Erfassungsjahres die Erbringung dieser maßgeblichen Operationen nicht dauerhaft für die Zukunft beendet haben, ermittelt. <sup>2</sup>In einer Qualitätssicherungs-Dokumentation werden einmal jährlich einrichtungsbezogene Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 3 der Richtlinie der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (Anlage II Buchstabe d und e) getrennt nach stationären oder ambulanten Leistungen erfasst.

#### **§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Eingriff stattfand, gelöscht.

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

#### **§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten**

- (1) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von
- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und
  - b) den Krankenkassen.

<sup>2</sup>Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II Buchstabe a bis e** festgelegt. <sup>3</sup>Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe b und c beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14

Absatz 2 der Richtlinie. <sup>4</sup>Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe a, d und e beinhalten keine patientenidentifizierenden Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) <sup>1</sup>Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die fallbezogene Spezifikation muss erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen. <sup>5</sup>Die Spezifikationen werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

(3) Für die Erhebung der nach § 3 Absatz 2 erforderlichen Daten stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich eine Dokumentationsverpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte fest und informieren diese frühestmöglich über ihre Dokumentationsverpflichtung.

## § 6 Datenflussverfahren

(1) <sup>1</sup>Die Daten bezüglich der maßgeblichen Operationen nach § 1 werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 § 1 bis 6 der Richtlinie verarbeitet. <sup>2</sup>Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und Anlage 1 § 3 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie gilt:

- a) Die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach **Anlage II Buchstabe a** werden von der Datenannahmestelle Krankenkasse auf Basis von Teil 1 § 13 Absatz 4 der Richtlinie direkt an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet, da keine Pseudonymerstellung durch die Vertrauensstelle erfolgt.
- b) Die einrichtungsbezogenen QS-Daten nach § 3 Absatz 2 werden direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet.

(2) <sup>1</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Datenannahmestellen gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie fungieren, stellen jeweils für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich unter Einhaltung der Vorgaben des § 299 Absatz 1 SGB V Anwendungen zur Erfassung und Übertragung von Daten der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation, z. B. webbasiert, zur Verfügung. <sup>2</sup>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei (durch das Angebot einer Anwendung zur Datenerfassung und -übermittlung) unterstützen. <sup>3</sup>Das Verfahren nach Teil 1 § 13 Absatz 3 Satz 6 der Richtlinie kommt für die Einrichtungsbefragung des Verfahrens QS WI nicht zur Anwendung. <sup>4</sup>Sofern nach Teil 1 § 22 der Richtlinie eine Finanzierung für die Aufgaben der Datenannahme durch die Datenannahmestelle vorgesehen ist, dürfen diese Finanzmittel nicht für die Finanzierung der Aufwände für die Bereitstellung und den Betrieb der Anwendungen nach Satz 1 verwendet werden.

## § 7 Datenprüfung

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

## § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

<sup>1</sup>Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie werden die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Indikatoren der **Anlage I Buchstaben a und b** bzw. deren Kennzahlen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen (Exportdatenfelder nach **Anlage II Buchstaben d und e**) sowie der einrichtungsbezogenen Spezifikation nach § 5 Absatz 2 im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen. <sup>2</sup>Sie werden ebenso nach Beschlussfassung zusammen mit der einrichtungsbezogenen Spezifikation in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums, vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

## § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

(1) <sup>1</sup>Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten einer fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (Anlage II Buchstabe c)
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen (Anlage II Buchstabe a und b)
- c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für stationär operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe d)
- d) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für ambulant operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe e).

<sup>2</sup>Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie.

(2) <sup>1</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>2</sup>Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorjahres
- b) Wundinfektionsraten nach Implantat- Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorjahres
- c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

## § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) <sup>1</sup>Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten

- a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- b) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
- c) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,

die mindestens eine der maßgeblichen Operationen erbracht haben. <sup>2</sup>Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. <sup>3</sup>Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertung der Indices zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation
- d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren (einschließlich Listen zu auffälligen Tracer-Operationen (ATR-Listen) mit Informationen zur Fallidentifikation) für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II Buchstabe a, b und c und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer

und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel pdf-Format) vorliegen.

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- e) die Auswertungen der einzelnen Kennzahlen bzw. Transparenzkennzahlen zu den Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation
- f) eine Auflistung der Vorgangsnummern / ATR-Listen nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

## **§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten**

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

(2) Ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 der Richtlinie ist in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 nicht fristgerecht übermittelt wurden.

## **§ 13 Datenvalidierung**

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung zu einem späteren Zeitpunkt fest.

## **§ 14 Fachkommissionen**

<sup>1</sup>Die Fachkommissionen bestehen aus folgenden Vertreterinnen und Vertretern nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie:

- a) zwei stationär operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 1 genannten Fachgebiete (Krankenhaus/Belegarzt)
- b) zwei ambulant operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete (Krankenhaus/Vertragsarzt)
- c) einer fachärztlichen Vertreterin oder einem fachärztlichen Vertreter der Krankenkassen aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete
- d) einer Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses

- e) bis zu zwei Personen aus dem Krankenhausbereich oder dem vertragsärztlichen Bereich mit einer der folgenden Qualifikationen:
- Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
  - Fachärztin/Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
  - Fachärztin/Facharzt mit Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene
  - Pflegefachkraft mit Weiterbildung zur Hygienefachkraft/Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter mit Fortbildung Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter
  - Fachärztin/Facharzt mit curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene.

<sup>2</sup>Ergänzend für die Beratungen können als Vertreterinnen oder Vertreter eine Kodierexpertin oder ein Kodierexperte für operative Fachgebiete hinzugezogen werden. <sup>3</sup>Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. <sup>4</sup>Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

### **§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene**

- (1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.
- (2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.
- (3) Während der Erprobungsphase kann das Institut nach § 137a SGB V bei einem Mangel an Fachexpertinnen und Fachexperten im sektorenübergreifenden Expertengremium QS WI auf stationäre und vertragsärztliche Expertinnen und Experten der bestehenden Fachkommissionen auf Länderebene zurückgreifen.

### **§ 16 Datenlieferfristen**

(1) <sup>1</sup>Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. <sup>2</sup>Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. <sup>3</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>4</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>5</sup>Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. <sup>6</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>7</sup>Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin

oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

(3) <sup>1</sup>Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie. <sup>2</sup>Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt werden. <sup>3</sup>Dem schließt sich eine Korrekturfrist bis zum 15. März an. <sup>4</sup>Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich bis zum 15. März und bei Korrekturbedarf bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter, sodass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle einrichtungsbezogenen Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>5</sup>Die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie einschließlich der Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie für die einrichtungsbezogene Dokumentation ist von Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für SV-Leistungen spätestens bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>6</sup>Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) und die Anzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die wegen einer dauerhaften Beendigung der Erbringung der nach § 1 Absatz 1 und 2 maßgeblichen Operationen im Laufe des Erfassungsjahres keine einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 dokumentiert haben, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

## **§ 17 Fristen für Berichte**

(1) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres.

(2) <sup>1</sup>Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Landesarbeitsgemeinschaft zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie

mit den Empfehlungen verfahren wurde. <sup>2</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. <sup>2</sup>Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. <sup>3</sup>Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorjahres, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

## **§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

<sup>1</sup>Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2025<sup>6</sup> Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. <sup>2</sup>Für die Dauer des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

## **§ 19 Begleitende Erprobung**

(1) <sup>1</sup>Für einen Zeitraum von zehn Jahren bis zum 31. Dezember 2026 wird das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren QS WI begleitend erprobt. <sup>2</sup>Die Erprobung ist notwendig, um die Methoden des Verfahrens insbesondere hinsichtlich der Datenzusammenführung, der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu optimieren.

(2) Die Erprobung dient der gestuften Implementierung des Verfahrens und hat insbesondere die Überprüfung auf Optimierungsbedarf der

- a) Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und einzelfallbezogene Dokumentation in den Krankenhäusern sowie die Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte
- b) Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der einrichtungsbezogenen Datenerfassung
- c) Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. Belegärztinnen und Belegärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte, Krankenhausstandorte)
- d) Ausgestaltung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)
- e) Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation

- f) Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse
- g) Rückmeldeberichte nach § 10 und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11
- h) Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
- i) Entwicklung und Festlegung von einheitlichen Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 12
- j) Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14

zum Ziel.

(3) Die Erprobung beginnt mit der Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Datenerhebung nach § 5 Absatz 1 am 1. Januar 2017 für dieses Verfahren im Rahmen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL).

(4) <sup>1</sup>Für den Zeitraum der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie festgelegt. <sup>2</sup>Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie empfohlen werden. <sup>3</sup>Das Stellungnahmeverfahren soll vorrangig der begleitenden Erprobung nach Absatz 2 dienen und selbst Gegenstand der Erprobung sein.

(5) Die Bewertungen der Fachkommissionen im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 12 dienen vorrangig der Überprüfung der in Absatz 2 genannten Ziele.

## Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS WI)

## a) Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren - Verfahren in Erprobung

## Indikatorenliste

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

**b) Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren - Verfahren in Erprobung****Indikatorenliste**

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

**c) Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen -  
Verfahren in Erprobung**

**Indikatorenliste**

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	1500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	1501
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

**Kennzahlenliste**

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	1502
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

ID	332400
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	1503
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	332401
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)
ID	332000
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

### d) Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung

#### Indikatorenliste

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))
ID	2500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	2501
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	2502
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	2503
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.

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

### Kennzahlenliste

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	2504
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	342400
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	2505
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von

Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	
ID	342401
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5 30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)	
ID	342000
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

## Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

## Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

## a) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V ohne PID

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
§ 301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <u>beziehungsweise</u> aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung				X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	X		X		
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)		X	X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	X	X	X		
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)		X	X		
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); <del>behandlungsrelevante</del> <u>Behandlungsrelevante</u> Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <u>beziehungsweise</u> <u>bzw.</u> einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
11	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	X	X	X		
13	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
14	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <del>beziehungsw</del> <u>weise</u> bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
15	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	X	X	X		
17	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
19	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles		X	X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>		X	X		
§ 301 (AMBO)						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>				X	
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <u>beziehungsweise bzw.</u> aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>			X	X	
26	IK der behandelnden Einrichtung	X		X		
27	Tag des Zugangs	X		X		
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit	X	X	X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern					
29	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose		X	X		
31	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	X	X	X		
32	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose		X	X		
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	X		X		
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	X		X		
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	X	X	X		
37	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
38	Datum der Prozedur	X	X			

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
§ 295 (kollektivvertraglich)						
39	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>				X	
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>				X	
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>			X	X	
42	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	X		X		
43	Behandlungsart			X		
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X	X			
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	X	X	X		
48	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)		X	X		

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	X		X		
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	X	X	X		
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	X	X			
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>12</sup>				X	
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>			X	X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
56	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
§ 295 (selektivvertraglich)						
57	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>				X	
58	Erster Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		

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

13 Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
59	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>15</sup>				X	
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>16</sup>			X	X	
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
63	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>				X	
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>			X	X	
65	BSNR der Praxis	X		X		
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	X	X	X		
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	X		X		
68	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation	X	X	X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	(grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)					
70	Sicherheit der Diagnose		X	X		
71	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
72	Geschlecht des Versicherten	X		X		
73	Geburtsjahr des Versicherten	X		X		
74	Sterbedatum des Versicherten		X	X		
75	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>19</sup>				X	
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal			X	X	
<b>Administrative Daten</b>						
77	IKNR der Krankenkasse	X			X	
78	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei				X	
79	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung				X	

<sup>19</sup> Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
80	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>20</sup>				X	

<sup>20</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
§ 301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <u>beziehungsweise</u> aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung				X	
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	X		X		
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel ( <u>voll</u> -/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)		X	X		

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	X		X		
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)		X	X		
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); <del>behandlungsrelevante</del> <u>Behandlungsrelevante</u> Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <u>beziehungsweise</u> einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
11	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft					
13	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
14	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); <del>behandlungsrelevante</del> <u>Behandlungsrelevante</u> Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <u>beziehungsweise</u> bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
15	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
16	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	X	X	X		
17	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation;	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung					
19	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	X	X	X		
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles		X	X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>			X		
§ 301 (AMBO)						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>				X	
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <u>beziehungsweise</u> aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>			X	X	
26	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		
27	Tag des Zugangs	X		X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
29	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose			X		
31	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	X	X	X		
32	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose		X	X		
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	X		X		
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	X		X		
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	X	X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	(OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)					
37	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
38	Datum der Prozedur	X	X		X	
§ 295 (kollektivvertraglich)						
39	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>				X	
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>				X	
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>			X	X	
42	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	X		X		
43	Behandlungsart		X	X		
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	X	X	X		

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
48	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)		X	X		
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	X		X		
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	X	X	X		
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	X	X			
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>12</sup>				X	
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>			X	X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
56	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
§ 295 (selektivvertraglich)						

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

13 Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
57	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>				X	
58	Erster Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		
59	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	X		X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>15</sup>				X	
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>16</sup>			X	X	
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
63	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>				X	
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) <u>beziehungsweise</u> aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>			X	X	
65	BSNR der Praxis	X				
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	X				

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	X		X		
68	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	X	X	X		
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	X	X	X		
70	Sicherheit der Diagnose		X	X		
71	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
§ 284 (Stammdaten)						
72	Geschlecht des Versicherten	X		X		
73	Geburtsjahr des Versicherten	X		X		
74	Sterbedatum des Versicherten		X			
75	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	X				
76	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>19</sup>				X	
77	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal			X	X	
Administrative Daten						

<sup>19</sup> Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
78	IKNR der Krankenkasse	X			X	
79	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei				X	
80	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung				X	
81	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>20</sup>				X	

<sup>20</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

## c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>1</sup>	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> <sup>2</sup>	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes ( <u>inklusiveinkl.</u> aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	

1 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>13</sup>	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus <sup>24</sup>	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>35</sup>	X	X		X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig <sup>46</sup>				X	
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X		X		X
15	Quartal des Aufnahmetages <sup>57</sup>	X		X	X	
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>68</sup>	X	X	X	X	
17	Geburtsjahr <sup>79</sup>	X		X		X
18	Geschlecht	X		X		X

<sup>13</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>24</sup>In der 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.

<sup>35</sup>In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>46</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>57</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>68</sup>In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>79</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-Up-Information
19	auslösende ICD-Kodes <sup>810</sup>	X	X	X		X
20	auslösende OPS-Kodes <sup>911</sup>	X	X	X		X
21	Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?	X	X	X	X	X
22	Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion	X	X	X		X
23	Wundinfektionstiefe		X	X		X
24	Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISS-Definitionen)?			X		X
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	X		X		X
26	Quartal des Entlassungstages <sup>1012</sup>	X			X	X
27	Wochentag 1 - 7 <sup>1113</sup>			X		
28	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen <sup>1214</sup>	X		X	X	

<sup>810</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

<sup>911</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

<sup>1012</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1113</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1214</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

**d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation –  
Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)			X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X		X
3	Vorgangsnummer, GUID	X		X
4	Versionsnummer			X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6	Modulbezeichnung			X
7	Teildatensatz oder Bogen			X
8	Dokumentationsabschluss datum			X
9	Institutionskennzeichen	X		X
10	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	der stationären Versorgung]			
11	<p>Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?</p> <p>[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]</p>		X	
12	<p>Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?</p> <p>[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]</p>		X	
13	<p>Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?</p> <p>[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen</p>		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung]			
14	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung]		X	
15	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung]		X	
16	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe in der stationären Versorgung]		X	
17	Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprofylaxe bei allen operierten		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<p>Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?</p> <p>[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]</p>			
18	<p>Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?</p> <p>[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung]</p>		X	
19	<p>Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde?</p> <p>[Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]</p>		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
20	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
21	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
22	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
23	Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]			X
24	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]			
25	Wurde dazu eine Schere genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
26	Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
27	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
28	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
29	Übernahmen im Jahr ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
30	Lag im Jahr ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
31	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
32	Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
33	Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
34	Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
35	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
36	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
38	Siegelnahtgerät nicht vorhanden [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
39	Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
40	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
41	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
42	Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
43	Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
44	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	X
45	Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	nach Eingriffsregion thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]			
46	Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
47	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
48	Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
49	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
50	Galt im Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	X
51	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
52	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
53	<p>Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?</p> <p>[Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]</p>		X	
54	<p>Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?</p> <p>[Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]</p>		X	
55	<p>Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?</p> <p>[Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]</p>		X	
56	<p>Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?</p> <p>[Entwicklung und Aktualisierung eines</p>		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
57	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
58	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
59	Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
60	Wie viele Ärzte haben im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	"Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]			
61	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
62	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
63	Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
64	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
65	Wie viele Ärzte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
66	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
67	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
68	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
69	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
70	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
71	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
72	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
73	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
74	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
75	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
76	Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
77	Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	g oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
78	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
79	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
80	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonal waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
81	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung g oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
82	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
83	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
84	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
85	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	gen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
86	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
87	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
88	Wie viele Mitarbeiter des Küchenpersonals waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
89	Wie viele Mitarbeiter des Küchenpersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
90	Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
91	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
92	Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]		X	
93	Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	auf mindestens einer Station umfassten? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
94	Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
95	Wie viele Normalstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
96	keine Normalstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
97	Auf wie vielen Normalstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
98	Wie viele IMC/Aufwachstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
99	keine IMC/Aufwachstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
100	Auf wie vielen IMC/Aufwachstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
101	Wie viele Intensivstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
102	keine Intensivstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
103	Auf wie vielen Intensivstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
104	Wie viele Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden auf den angegebenen Normalstationen, IMC/Aufwachstationen und Intensivstationen, im Jahr durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
105	Wie viele Compliance-Beobachtungen zur		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) wurden auf den angegebenen Normalstationen, IMC/Aufwachstationen und Intensivstationen, im Jahr durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
106	Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst. [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X

**e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)			X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
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	Status des Leistungserbringers	X		X
10	Grundlage der Leistungserbringung	X		X
11	Institutionskennzeichen	X		X
12	Betriebsstättennummer	X	X	X
13	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe, die spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	X
14	Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]			
15	Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
16	Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
17	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
18	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und gegebenenfalls eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]			
19	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
20	Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	X
21	Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
22	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]			
23	Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
24	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und gegebenenfalls eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
25	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
26	Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	X
27	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]			
28	Wurde dazu eine Schere genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
29	Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
30	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
31	Wurde im Jahr ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			X
32	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
33	Übernahmen ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
34	Lag ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
35	<p>Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?</p> <p>[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]</p>		X	X
36	<p>Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen?</p> <p>[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]</p>		X	
37	<p>Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts?</p> <p>[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]</p>		X	X
38	<p>Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?</p> <p>[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]</p>		X	
39	<p>Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-</p>		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
40	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
41	Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
42	Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
43	Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
44	Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt? Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
45	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
46	Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
47	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
48	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
49	Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
50	Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
51	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	X
52	Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
53	Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]			
54	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
55	Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
56	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
57	Galt im Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	X
58	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor,		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	gegebenenfalls während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
59	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
60	Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
61	Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
62	Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	eine postoperative Wundinfektion thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
63	Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
64	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und gegebenenfalls eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
65	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
66	Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
67	Wie viele Ärzte haben im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	
68	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
69	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
70	Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
71	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
72	Wie viele Ärzte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
73	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
74	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
75	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
76	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
77	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
78	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
79	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
80	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
81	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
82	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
83	Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
84	Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
85	Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
86	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
87	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
88	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
89	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
90	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
91	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr ganzjährig tätig?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
92	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
93	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
94	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
95	Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? - Informationen zu MRSA im Allgemeinen		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risiken der MRSA-Besiedlung/Infektion für Kontaktpersonen</li> <li>- Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate</li> <li>- Barrieremaßnahmen während des Aufenthalts in der behandelnden Einrichtung</li> </ul> [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]			
96	Wurden bei den Mitarbeitern Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung]		X	

**Stand: 07.04.2025**

**DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 4: QS NET:** Derzeit geltende Fassung mit weiteren Änderungen zum EJ 2025 gemäß Beschluss vom 19.12.2024 (*Inkrafttreten nach BMG-Prüfung und BAnz-Veröffentlichung mit Wirkung vom 01.01.2025*)

und mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2026 in

- § 10 Abs. 3
- § 18
- Anlage I (mit den kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen des IQTIG vom 20.03.2025)
- Anlage II (entspricht der vom IQTIG am 04.04.2025 bereitgestellten Fassung mit den kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen)

## DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

### Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

#### § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens sind Dialysen und Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. <sup>2</sup>Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexbehandlung“ bezeichnet. <sup>3</sup>Zudem werden bei den Nieren- und Pankreastransplantationen auch Daten nicht gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten einbezogen.

(2) <sup>1</sup>Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“. <sup>2</sup>Das Verfahren wird nachfolgend „QS NET“ genannt.

(3) <sup>1</sup>Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Aufklärung der Patientinnen und Patienten (inkl. Dialyseverfahren und Evaluation zur Transplantation)
- b) Dialysebehandlung (inkl. Versorgung mit geeignetem Dialysezugang, Ernährungs- und Anämiemanagement)
- c) Nieren- und Pankreastransplantation und Funktion des Nieren- und Pankreastransplantats
- d) unerwünschte Ereignisse
- e) Überleben der Patientinnen und Patienten.

<sup>2</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. <sup>3</sup>Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren
- b) Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Dialysen und Transplantationen
- c) Verringerung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung bzw. nach der Transplantation
- d) Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Dialysebehandlung und Transplantation
- e) Förderung der Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz
- f) Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

<sup>4</sup>Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

#### § 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz sowohl durch die Beurteilung der Versorgungsqualität ambulant oder teilstationär durchgeführter Dialysen als auch der Versorgungsqualität im Krankenhaus erbrachter Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen (sektorenübergreifend).

- (2) <sup>1</sup>Zur Beurteilung der Indexbehandlungen werden auch die mit diesen assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Diese sind im Einzelnen: stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei der Dialyse, das Überleben unter Dialyse, nach Nierentransplantation und Pankreastransplantation sowie die Transplantatfunktion nach Nieren- und Pankreastransplantation.
- (3) Das Verfahren zur Bewertung der Versorgungsqualität bei Dialysen wird länderbezogen durchgeführt.
- (4) <sup>1</sup>Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. <sup>2</sup>Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, wenn Rückschlüsse auf die Identität der einzelnen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.
- (5) Das Verfahren zur Bewertung der Versorgungsqualität bei Nieren- und Pankreastransplantationen wird bundesbezogen durchgeführt.
- (6) <sup>1</sup>Um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Indexbehandlungen zu erreichen, erfolgt mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse und durchgeführten Maßnahmen von Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren. <sup>2</sup>Um dies zu erreichen, werden die Fachkommissionen auf Bundes- und Landesebene interdisziplinär mit Nephrologen und Transplantationschirurgen besetzt. <sup>3</sup>Es wird darüber hinaus ein sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachkommissionen von Bundes- und Landesebene gebildet (siehe § 15).
- (7) <sup>1</sup>Das Verfahren wird grundsätzlich bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. <sup>2</sup>Bezogen auf Pankreastransplantationen wird aufgrund von geringen Fallzahlen gegebenenfalls eine Auswertung über zwei Kalenderjahre (Erfassungsjahre) durchgeführt. <sup>3</sup>Maßgeblich für die Zuordnung zum Erfassungsjahr ist die Durchführung einer Dialyseleistung im jeweiligen Kalenderjahr und für Transplantationen das Datum der Entlassung nach dem Indexeingriff.
- (8) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 30. Juni 2026 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.
- (9) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite in den Lenkungsgremien gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 und § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte paritätisch zufallen.

### **§ 3 Begründung der Vollerhebung**

<sup>1</sup>Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 und 2 der Richtlinie erbringen. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse

selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind.<sup>4</sup>Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten und die Erfassung der Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfolgen.

#### **§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben**

- (1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 12 Jahre nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem die zugehörige Indexbehandlung stattfand, gelöscht.
- (2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend der Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

#### **§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten**

- (1) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden
  - a) durch Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) Daten bei der Leistungserbringerin und beim Leistungserbringer
  - b) Sozialdaten bei den Krankenkassen  
und
  - c) zu einem späteren Zeitpunkt Daten in Form von Patientenbefragungen

verarbeitet. <sup>2</sup>Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a bis e festgelegt. <sup>3</sup>Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

- (2) <sup>1</sup>Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

- (3) Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II Buchstaben a bis e die Krankenversichertennummern verarbeitet.

- (4) <sup>1</sup>Bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden bei Vorliegen einer Einwilligung nach den Vorgaben des Artikel 7 in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) in der jeweils geltenden Fassung als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II Buchstaben c und d (QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation einschließlich Follow-up) die Eurotransplant- (ET) Nummern verarbeitet. <sup>2</sup>Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit Nieren- und Pankreastransplantation über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter

Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. <sup>3</sup>Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II Buchstaben c und d (QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation einschließlich Follow-up) ohne patientenidentifizierende Daten verarbeitet.

(5) <sup>1</sup>Wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 15e Absatz 6 des Transplantationsgesetzes vorliegt, wird zusätzlich die ET-Nummer zu Zwecken des Transplantationsregisters verarbeitet. <sup>2</sup>Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.

(6) <sup>1</sup>Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. <sup>2</sup>Die zur Risikoadjustierung für Indexbehandlungen aus dem Jahr 2020 erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenkassen können aus dem Jahr 2019 genutzt werden. <sup>3</sup>Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen entsprechend § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2020.

## **§ 6 Datenflussverfahren**

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

## **§ 7 Datenprüfung**

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

## **§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche**

Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie enthalten die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für die in Anlage I aufgeführten Indikatoren auch die ebenfalls in der Anlage I aufgeführten verfahrensspezifischen Kennzahlen für Dialysen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren und müssen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen werden.

## **§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen**

<sup>1</sup>Auf Grundlage der Daten nach § 5 Absatz 1 erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. <sup>2</sup>Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet. <sup>3</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>4</sup>Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres

- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen von bis zu fünf vorangegangenen Jahren (sowohl Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up-Indikatoren).

### **§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

(1) <sup>1</sup>Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten

- a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- b) für ihre kollektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
- c) für ihre selektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,

die eine entsprechende Indexbehandlung erbracht haben. <sup>2</sup>Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexbehandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- h) für Einrichtungen mit Versorgungsvertrag zur Dialysebehandlung bei Kindern und Jugendlichen: Auswertungen zu den Kennzahlen zur Dialyse bei Kindern und Jugendlichen
- i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstaben a und c** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Dialysen und bundesbezogene Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplantationen. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (z. B. pdf-Format) vorliegen.

(2) Die Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexbehandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren für den länderbezogenen Verfahrensteil sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin und Leistungserbringer sowie für den bundesbezogenen Verfahrensteil ausschließlich auf Bundesebene aggregiert
- e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

(3) Die bundesbezogenen Auswertungen für die Bundesstelle und die Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie enthalten mindestens die in Absatz 2 Buchstaben a bis d genannten Informationen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer und auf Bundesebene aggregiert sowie die Auswertungen zu Dialyse auf Bundesebene aggregiert und in einer vergleichenden Landesauswertung.

### **§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten**

<sup>1</sup>Bei den Indikatoren zur Nierentransplantation 9 bis 13 (1, 2, 3, 5 Jahres-Überleben nach Transplantation, Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation) sowie den Indikatoren zur Pankreastransplantation 2 bis 7 (1, 2, 3 Jahres-Überleben nach Transplantation) ist die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zur Leistungserbringerin und zum Leistungserbringer zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie sind daher nur bei Zuschreibbarkeit der

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Ergebnisqualität anzuwenden. <sup>3</sup>Das Verfahren der Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitungen von QS-Maßnahmen wird für diese Fälle durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung festgelegt.

### **§ 13 Datenvalidierung**

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten des ersten Erfassungsjahres fest.

### **§ 14 Fachkommissionen auf Landesebene**

<sup>1</sup>Die Fachkommissionen für Dialyseeinrichtungen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Vertragsärzte, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie. <sup>2</sup>Mindestens drei der Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser müssen Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sein. <sup>3</sup>Alle oben genannten Vertreterinnen und Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. <sup>4</sup>Darüber hinaus sollte mindestens eine Chirurgin oder ein Chirurg, die oder der Nierentransplantationen durchführt, ein Mitberatungsrecht erhalten. <sup>5</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. <sup>6</sup>Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. <sup>7</sup>Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

### **§ 14a Bundesfachkommission**

<sup>1</sup>Die Bundesfachkommission besteht nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Vertragsärzte mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie“, sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen, die oder der eine Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Chirurgie oder Urologie besitzt. <sup>2</sup>Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Nierentransplantationen durchführen. <sup>3</sup>Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Pankreastransplantationen durchführen. <sup>4</sup>Alle oben genannten Vertreterinnen und Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. <sup>5</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. <sup>6</sup>Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht entsprechend dem Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. <sup>7</sup>Im Einzelfall kann die Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

## § 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) <sup>1</sup>Das Institut nach § 137a SGB V richtet ein sektorenübergreifendes Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. <sup>2</sup>Insbesondere soll es über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 der Richtlinie hinaus unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen sowohl zur Dialyse als auch zur Nierentransplantation bewerten, gegebenenfalls erforderlichen Handlungsbedarf feststellen und dem G-BA hierüber berichten.

(2) <sup>1</sup>Das Expertengremium umfasst mindestens fünf Vertreterinnen und Vertreter aus den Fachkommissionen nach § 14 und mindestens fünf Vertreterinnen und Vertreter aus der Bundesfachkommission nach § 14a. <sup>2</sup>Auf eine diesbezüglich ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums ist zu achten. <sup>3</sup>Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

## § 16 Datenlieferfristen

(1) <sup>1</sup>Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. <sup>2</sup>Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. <sup>3</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>4</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>5</sup>Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. <sup>6</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>7</sup>Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(1a) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>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.

(2) <sup>1</sup>Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die Bestätigung und die Aufstellung

nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

### § 17 Fristen für Berichte

(1) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vor-Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vor-Vor-Vorjahres beziehen. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. <sup>2</sup>Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. <sup>2</sup>Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. <sup>3</sup>Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexbehandlungen aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf eine Indexbehandlung aus Vorjahren beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften und Ergebnisse aus den Bundesverfahren.

### § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

<sup>1</sup>Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2025<sup>6</sup> Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. <sup>2</sup>Für ~~das Startjahr 2020 und die vollständigen Erfassungsjahre 2021, 2022, 2023, 2024 und 2025~~bis 2026 des Verfahrens werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

### § 19 Übergangsregelung

Für Nierentransplantationen, Pankreastransplantationen und Pankreas-Nieren-Transplantationen, die bis zum 31. Dezember 2019 durchgeführt worden sind, ist die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) weiter anzuwenden.

**Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS NET)****a) Dialyse****Indikatorenliste**

1	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten
ID	572001
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
ID	572002
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen <b>bis zwei Jahre nach Dialysebeginn</b> keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung <b>beziehungsweise</b> Hämo(dia)filtration
ID	572003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Katheterzugang bei Hämodialyse <b>beziehungsweise</b> Hämo(dia)filtration
ID	572004

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Dialysefrequenz pro Woche
ID	572005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Dialysedauer pro Woche
ID	572006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen
ID	572009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer gefäßzugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen
ID	572010

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

### Kennzahlenliste

1	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572048
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die ( <u>beziehungsweise</u> deren Sorgeberechtigten) bei Beginn der Nierenersatztherapie nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572049
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen <u>bis zwei Jahre nach Dialysebeginn</u> keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung <u>beziehungsweise</u> Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Katheterzugang bei Hämodialyse <del>beziehungsweise</del> bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Ernährungsstatus
ID	572007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>8</b>	<b>Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572054
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>9</b>	<b>Anämiemanagement</b>
ID	572008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>10</b>	<b>Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572055
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>11</b>	<b>Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572056
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer gefäßzugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

12	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	
ID	572057	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
13	1-Jahres-Überleben	
ID	572011	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
14	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	
ID	572058	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
15	2-Jahres-Überleben	
ID	572012	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
16	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	
ID	572059	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben	

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>17</b>	<b>3-Jahres-Überleben</b>
ID	572013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>18</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572060
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>19</b>	<b>5-Jahres-Überleben</b>
ID	572014
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>20</b>	<b>5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572061
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>21</b>	<b>10-Jahres-Überleben</b>
ID	572015
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>22</b>	<b>10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

ID	572062
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

**b) Nierentransplantation****Indikatorenliste**

<b>1</b>	<b>Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation</b>
ID	572016
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer isolierten Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>2</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
ID	572017
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer isolierten Nierentransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>3</b>	<b>1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572018
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>4</b>	<b>2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572019
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>5</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572020

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation
ID	302300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572021
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung
ID	572022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
ID	572023
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator

10	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)
ID	572024
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
ID	572025
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer Lebendorganspenderin <u>beziehungsweise</u> eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
ID	572032
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

### Kennzahlenliste

1	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
ID	572026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere ein Jahr nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

2	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572027
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere zwei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572028
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere drei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572029
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere fünf Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572100
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572101
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der

Qualitätsziel	transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist. Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>7</b>	<b>Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation</b>
ID	572033
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von zwei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>8</b>	<b>Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation</b>
ID	572034
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von drei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>9</b>	<b>Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation</b>
ID	572035
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von fünf Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

**c) Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation****Indikatorenliste**

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	572036
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572037
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572039
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572041
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation
ID	312300

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>6</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung</b>
ID	572043
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>7</b>	<b>Entfernung des Pankreastransplantats</b>
ID	572047
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat entfernt wurde.
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator

### Kennzahlenliste

<b>1</b>	<b>Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)</b>
ID	572044
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas ein Jahr nach Transplantation.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>2</b>	<b>Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)</b>
ID	572045
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas zwei Jahre nach Transplantation.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

3	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
ID	572046
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas drei Jahre nach Transplantation.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

## Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

## Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

## a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>1</sup>	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> <sup>2</sup>	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes ( <u>inklusiveinkl.</u> aller Teildatensätze)				X	

1 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X	
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X	
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>43</sup>	X			X	
12	GKV-Versichertenstatus <sup>24</sup>	X	X		X	
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>35</sup>	X	X		X	
14	Institutionskennzeichen	X			X	
15	entlassender Standort 6-stellig <sup>46</sup>	X	X	X		
16	behandelnder Standort 6-stellig <sup>57</sup>	X	X	X		
17	Fachabteilung	X		X		

<sup>43</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>24</sup> In der 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.

<sup>35</sup> In der 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.

<sup>46</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>57</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X		
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X				
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>68</sup>		X	X	X	
21	Quartal des Aufnahmetages <sup>79</sup>	X			X	
22	Geburtsjahr <sup>810</sup>	X	X	X	X	
23	Geschlecht	X	X	X		
24	Therapiestatus			X	X	
25	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	X	X	X		
26	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) unbekannt		X	X	X	
27	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem <del>Erfassungsjahr</del> <u>Spezifikationsjahr</u> erstmals dokumentationspflichtig?			X	X	
28	renale Grunderkrankung		X	X		

<sup>68</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>79</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>810</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
29	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X	
30	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
31	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>11</sup>	X			X	
32	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> <sup>12</sup>	X			X	
33	Versionsnummer				X	
34	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
35	Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über Behandlungsmöglichkeiten		X	X		

11 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

12 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	ohne Nierenersatztherapie angeboten?					
36	Hämodialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
37	Peritonealdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
38	Heimdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
39	Nierentransplantation: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
40	Lebendorganspende: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
41	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X	
42	Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	der Evaluation zur Transplantation <sup>913</sup>					
43	Jahr des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation <sup>1014</sup>				X	
44	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X	
45	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X		
46	Aufnahme auf die Warteliste		X	X		
47	Komorbiditäten		X	X	X	
48	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X		
49	Herzinsuffizienz		X	X		
50	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X		
51	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X		
52	arterielle Hypertonie		X	X		
53	Diabetes mellitus		X	X		
54	Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt		X	X		
55	Virushepatitis		X	X		
56	HIV-Infektion		X	X		

<sup>913</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“ und „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1014</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
57	Malignom		X	X		
58	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X		
59	Demenz		X	X		
60	Depression		X	X		
61	andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen		X	X	X	
62	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X	
63	Datum der letzten Nierentransplantation		X			
64	Datum der Nierentransplantation unbekannt				X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
66	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID<sup>15</sup></u>	X			X	

15 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
67	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) <sup>16</sup>	X			X	
68	Versionsnummer				X	
69	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
70	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X		
71	Dialyseverfahren		X	X	X	
72	Prozedurenschlüssel <sup>1117</sup>	X				
73	Gebührenordnungsposition (GOP) <sup>1218</sup>	X				
74	Dialysedatum	X	X			
75	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) <sup>1319</sup>		X	X		
76	Quartal der Operation <sup>1420</sup>	X			X	
77	Zugangsart		X	X		

16 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

<sup>1117</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

<sup>1218</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

<sup>1319</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialysedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1420</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Dialysedatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
78	effektive Dialysedauer		X	X		
79	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)		X	X	X	
80	mechanische Komplikation		X	X		
81	Infektion		X	X		
82	sonstige Komplikation		X	X		
83	Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?			X	X	
84	Datum der Referenzdialyse		X			
85	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse ( <u>unmittelbar nach der Dialyse</u> )		X	X		
86	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt		X		X	
87	Serumalbumin		X			
88	Serumalbumin unbekannt				X	
89	Hämoglobin		X			
90	Hämoglobin unbekannt				X	
91	Ferritin		X			
92	Ferritin unbekannt				X	
93	Transferrin-Sättigung		X			
94	Transferrin-Sättigung unbekannt				X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
95	C-reaktives Protein $\geq$ 10 mg/l				X	
96	C-reaktives Protein		X			
<del>97</del>	<del>Verordnung von Erythropoese-stimulierenden Faktoren (ESF)</del>		X	X	X	
<del>98</del>	<del>verordnete Wochendosis</del>		X	X		
<del>999</del> <u>7</u>	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X	
<del>100</del> <u>98</u>	Entlassungsdatum Krankenhaus	X				
<del>101</del> <u>99</u>	Quartal des Entlassungstages <sup>4521</sup>	X		X	X	
<del>102</del> <u>100</u>	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) <del>beziehungsweise</del> Quartalsdiagnose(n) (ambulant) <sup>4622</sup>	X		X		
<del>103</del> <u>101</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
<del>104</del> <u>102</u>	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>23</sup>	X			X	

<sup>4521</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>4622</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

<sup>23</sup> Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<del>105</del> <u>103</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) <sup>24</sup>	X			X	
<del>106</del> <u>104</u>	Versionsnummer				X	
<del>107</del> <u>105</u>	Wievieltes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X	
<del>108</del> <u>106</u>	Art wesentliches Ereignis		X	X	X	
<del>109</del> <u>107</u>	Beginn wesentliches Ereignis		X	X		
<del>110</del> <u>108</u>	Ende wesentliches Ereignis		X	X		
<del>111</del> <u>109</u>	Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt				X	
<del>112</del> <u>110</u>	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X	
<del>113</del> <u>111</u>	Datum der Beendigung		X			

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

24 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<b>Administrative Daten</b>							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kassenknr	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@versicherungszahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>1</sup>	Admin@dienstleister				X	
<b>§284 (Stammdaten)</b>							
5	Versichertennummer (Elekt-	Stamm@V	X	X			

<sup>1</sup> 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	5	
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information	
	ronische Gesundheitskarte)							
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X			
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X			
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			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.) <sup>2</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X		
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X		
<b>§-301 (Krankenhäuser)</b>								

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
11	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>3</sup>	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>4</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>5</sup>	State_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			

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.

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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel ( <del>voll-</del> <u>Voll-</u> teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X		X
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufdatum	X	X			X
18	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	der selben Einrichtung)						
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>6</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X		X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
22	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); <del>behandlungsrelevante</del> <u>Behandlungsrelevante</u> Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <del>beziehungsweise</del> <u>bzw.</u> einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
23	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnose	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	noseschlüssel@icd_sek					
24	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); <del>behandlungsrelevante</del> <u>Behandlungsrelevante</u> Diagnose aus Fachabteilung ,0000' <del>beziehungsweise</del> <u>bzw.</u> einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemein-	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	sam mit Sekundärdiagnose zu liefern						
25	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	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
26	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
27	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
<b>§295 (kollektivvertraglich)</b>							
28	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>7</sup>	source(295k)@quelle				X	
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>8</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
30	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>9</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
31	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X				

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
32	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X		
33	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart			X		
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@enddatum	X	X			
36	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
38	Liste der Gebührenordnungs-Nr.	295k.LED.5/5.3.	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	1@ebm					
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@datum	X				X
<b>§295 (selektivvertraglich)</b>							
40	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X	
41	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
42	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen/ <del>/</del> Einzelfallrechnung.IBH.2/			X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion					
43	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen/____/ Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
44	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen/____/Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
45	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> <u>bzw.</u>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3/____/3.2			X	X	

<sup>10</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	aus Datenbestand der Kasse <sup>11</sup>	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers) @bundesland					
46	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen/____/ Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
47	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen/____/ Einzelfallrechnung.INF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme	X			X	
48	Erster Tag des	295s.Erbrachte Leistungen/____/	X				

<sup>11</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Abrechnungszeitraums	Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum. <del>11/11</del> 12/12 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum					
49	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen/ <del>___/</del> Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum. <del>11/11</del> 12/12 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
50	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich	295s.Erbrachte Leistungen/ <del>___/</del> Einzelfallrech-	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	nung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, coordiert@icd					
51	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen/____/ Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
52	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen/____/ Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X

**c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlbeziehung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>1</sup>	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> <sup>2</sup>	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes ( <u>inklusiveinkl.</u> aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	

1 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>43</sup>	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus <sup>24</sup>	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>35</sup>	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>46</sup>	X			X	

<sup>43</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>24</sup> In der 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.

<sup>35</sup> In der 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.

<sup>46</sup> Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „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?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>57</sup>	X			X	
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle <sup>68</sup>				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

<sup>57</sup> 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>68</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) <sup>79</sup>					
18	Institutionskennzeichen	X			X	
19	entlassender Standort 6-stellig <sup>810</sup>	X	X	X		
20	behandelnder Standort 6-stellig <sup>911</sup>	X	X	X		
21	Fachabteilung	X		X		
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
23	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister <sup>1012</sup>				X	

<sup>79</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>810</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>911</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1012</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „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?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) <sup>4113</sup>				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	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>4214</sup>		X	X		
27	Quartal des Aufnahmetages <sup>4315</sup>	X		X	X	
28	Geburtsjahr <sup>4416</sup>	X	X	X	X	
29	Geschlecht	X	X	X		

<sup>4113</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „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?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>4214</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>4315</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>4416</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
30	Körpergröße		X	X		
31	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
32	renale Grunderkrankung		X	X		
33	Diabetes mellitus		X	X		
34	Dauer des Diabetes		X	X		
35	Dialysetherapie			X	X	
36	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)		X	X		
37	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X		
38	Blutgruppe des Empfängers		X	X		
39	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
40	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>17</sup>	X			X	
41	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> <sup>18</sup>	X			X	

17 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

18 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
42	Versionsnummer				X	
43	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?				X	
44	durchgeführte Transplantation		X	X	X	
45	Einzel- oder Doppeltransplantation			X	X	
46	Retransplantation Niere		X	X	X	
47	Wievielte Nierentransplantation?		X	X		
48	Datum der letzten Nierentransplantation	X				
49	Spendertyp		X		X	
50	Spenderalter		X	X		
51	Geschlecht des Spenders		X	X		
52	Blutgruppe des Spenders		X	X		
53	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X		
54	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$			X		
55	Todesursache		X	X		
56	OP-Datum	X	X			

auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
57	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen <sup>1519</sup>	X	X	X		
58	Monat der Operation <sup>1620</sup>	X	X			
59	Operation <sup>1721</sup>	X		X		
60	Einsatz eines Perfusionssystems		X	X		
61	Abbruch der Transplantation			X	X	
62	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		X	X		
63	kalte Ischämiezeit Niere		X	X		
64	kalte Ischämiezeit Pankreas		X	X		
65	funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		X	X	X	
66	postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats			X	X	
67	Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		X	X		
68	Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme		X	X		
69	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		X			

<sup>1519</sup>In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1620</sup>In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1721</sup>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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
70	Blutung		X	X		
71	Reoperation erforderlich		X	X		
72	sonstige Komplikationen		X	X		
73	Entnahme des Pankreas- transplantats erforderlich		X	X		
74	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats		X	X		
75	behandlungsbedürftige Ab- stoßung		X	X	X	
76	Abstoßung durch Biopsie ge- sichert		X	X		
77	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
78	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
79	Patient bei Entlassung insu- linfrei?		X	X		
80	Entlassungsdatum Kranken- haus	X	X			
81	Quartal des Entlassungsta- ges <sup>1822</sup>	X			X	
82	Entlassungsdiagnose(n) <sup>1923</sup>	X	X	X		
83	Entlassungsgrund	X	X		X	
84	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X		X	
85	Todesursache		X	X		

<sup>1822</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1923</sup> Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

**d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer <u>und Datensatz-ID</u> <sup>1</sup>	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) <u>und Datensatz-ID (GUID)</u> <sup>2</sup>	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes ( <u>inklusiveinkl.</u> aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	

1 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>43</sup>	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus <sup>24</sup>	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>35</sup>	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>46</sup>			X		

<sup>43</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>24</sup> In der 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.

<sup>35</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>46</sup> Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 und § 7 Absatz 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
14	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister <sup>57</sup>				X	
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) <sup>68</sup>				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle <sup>79</sup>				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>57</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „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?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>68</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „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?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>79</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) <sup>910</sup>					
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>911</sup>	X	X		X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
20	Institutionskennzeichen	X			X	
21	Fachabteilung	X		X		
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

<sup>810</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>911</sup> 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	an das Transplantationsregister vor?					
23	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	
24	Geburtsjahr <sup>4012</sup>	X	X	X	X	
25	Geschlecht	X	X	X		
26	durchgeführte Transplantation			X	X	
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
29	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen <sup>4113</sup>	X	X			

<sup>4012</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>4113</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
30	Monat des Follow-up Erhebungsdatum <sup>1214</sup>	X			X	
31	Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation				X	
32	Art der Follow-up-Erhebung		X	X		
33	Patient verstorben		X	X	X	
34	Todesdatum		X			
35	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation <sup>1315</sup>		X			
36	Monat des Todesdatums <sup>1416</sup>				X	
37	Todesursache		X	X		
38	Komplikation		X	X		
39	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		
40	Transplantatversagen Niere		X	X	X	
41	Datum Transplantatversagen Niere		X			
42	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten		X		X	

<sup>1214</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1315</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1416</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Transplantation in Tagen <sup>4517</sup>					
43	Monat des Transplantatversagens <sup>4618</sup>				X	
44	Ursache Transplantatversagen Niere		X	X		
45	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X			
46	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X			
47	Kreatininwert i.S. unbekannt		X			
48	behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung		X	X	X	
49	Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert		X	X		
50	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?				X	
51	Beginn der Insulintherapie		X	X		
52	Abstand zwischen Beginn der Insulinpflicht nach Transplantatversagen und Datum				X	

<sup>4517</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum Transplantatversagen Niere“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>4618</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum Transplantatversagen Niere“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	der letzten <del>Transplantation-</del> <u>Transplanatation</u> in Tagen <sup>1719</sup>					
53	Monat des Beginns der Insulinpflicht nach Transplantatversagen <sup>1820</sup>				X	

<sup>1719</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Insulintherapie“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>1820</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn der Insulintherapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

**e) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation**

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<b>Administrative Daten</b>							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kas-seiknr	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 <sup>1</sup>	Admin@dienstleister				X	
<b>§284 (Stammdaten)</b>							

<sup>1</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4:	Stamm@versicherungsdatum				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	15.11.) <sup>2</sup>						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
<b>§301 (Krankenhäuser)</b>							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>3</sup>	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>4</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) <del>beziehungsweise</del> aus Datenbestand der	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Kasse <sup>5</sup>						
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X		
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der	301.Aufnahme-	X				X

<sup>5</sup> 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Versicherte ins KH aufgenommen wird	satz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum					
18	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X				X
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungsgrund@entlgrund			X		X
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war	inpatient_inter-			X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	(Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>6</sup>	rupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung					
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
23	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@da	X	X			X

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

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	5 Follow-up-Information
	ab 2013 vorhanden)	tum					



# Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:

Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den Verfahren  
QS PCI, QS WI und QS NET

Vom 17. Juli 2025

**Stand: 07.04.2025**

**Legende:**

*Dissentente Punkte sind **gelb** markiert.*

*Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich*

**Hinweis:**

*Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.*

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)</b> .....	<b>3</b>
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	3
	Zu § 11 Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie.....	4
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	4
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung.....	5
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI).....	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI) .....	8
<b>2.2</b>	<b>Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)</b> .....	<b>8</b>
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	8
	Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	9
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI).....	9
<b>2.3</b>	<b>Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastretransplantationen (QS NET)</b> .....	<b>9</b>

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	9
Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	10
Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS NET) .....	10
Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET).....	10
<b>3. Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Verfahrensablauf .....</b>	<b>10</b>
<b>5. Fazit.....</b>	<b>11</b>
<b>6. Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>12</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren so weit wie möglich einheitlich und sektorenübergreifend festzulegen. Die DeQS-RL definiert in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung von sektorspezifischen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) erforderlich sind.

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert.

### 2.1 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

#### Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

DKG
Um die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren, wird mit dem neuen Satz 2 das bereits praktizierte Vorgehen normativ geregelt, dass Ergebnisse aus der Patientenbefragung nicht ausgewiesen werden, wenn weniger als vier gültige Antworten vorliegen.

Zu Absatz 3:

GKV-SV/KBV	DKG
In Absatz 3 werden Sozialdaten gemäß Anlage II Buchstabe b als Datenquellen für die Zwischenberichte ergänzt, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine Rückmeldung erhalten, wie sich	In Absatz 3 werden Sozialdaten gemäß Anlage II Buchstabe b und Befragungsdaten aus der Patientenbefragung als Datenquellen für die Zwischenberichte ergänzt, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine
GKV-SV	
alle	

<b>GKV-SV/KBV</b>	Rückmeldung erhalten, wie sich alle ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten beruhen, entwickeln.
ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten beruhen, entwickeln.	Rückmeldung erhalten, wie sich alle ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten oder Daten aus der Patientenbefragung beruhen, entwickeln.

<b>GKV-SV/DKG/KBV</b>
Auch wenn diese Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG</b>
Für die Befragungsdaten ist abzuwägen zwischen dem Schutz der Anonymität der Befragung, der durch kleinere Fallzahlen und einen engeren zeitlichen Zusammenhang zwischen Behandlung, Befragung und potenzieller Rückmeldung von Ergebnissen in Zwischenberichten verringert würde, und dem Interesse der Leistungserbringer an Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement. Daher sind hier zunächst weitere Prüfungen der Vor- und Nachteile unter Berücksichtigung der Fallzahlen im Verlauf der Erprobung notwendig.	Um bei kleineren Fallzahlen die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren, werden sowohl in den Zwischenberichten als auch in den jährlichen Rückmeldeberichten Ergebnisse aus der Patientenbefragung nicht ausgewiesen, wenn weniger als vier gültige Antworten vorliegen.

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

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

<b>DKG</b>
Um die Anonymität der Patientinnen und Patienten zu wahren, wird mit dem neuen Satz 2 das bereits praktizierte Vorgehen normativ geregelt, dass Ergebnisse aus der Patientenbefragung nicht ausgewiesen werden, wenn weniger als vier gültige Antworten vorliegen.

**Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

**Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung**Zu Absatz 2:

GKV-SV	DKG/KBV
Die Begleitevaluation zur Patientenbefragung in QS PCI zeigt, dass das bisherige jahresbasierte Listenverfahren für die Stichprobenziehungen relativ komplex in der Umsetzung ist und nicht immer gewährleisten konnte, dass die angestrebte Fallzahl von ca. 200 Fällen pro Jahr und LE erreicht wurde.	Die Begleitevaluation zur Patientenbefragung in QS PCI zeigt, dass das bisherige jahresbasierte Listenverfahren für die Stichprobenziehung sich nicht bewährt, um die angestrebte Fallzahl von näherungsweise 200 Fällen pro Jahr und Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer zu erreichen.

GKV-SV/DKG/KBV
Zum einen weicht die Fallzahl des Vorjahres bei vielen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern von der Fallzahl im Erfassungsjahr ab und ist somit keine geeignete Grundlage für eine Prognose der Fallzahl im Erfassungsjahr. Zum anderen treten bei den monatlichen Fallzahlen Spitzen auf, die es der Versendestelle erschweren, Abweichungen zwischen der erwarteten und tatsächlich übermittelten Fallzahl zu erkennen und eine Optimierung der Stichprobenziehung mit dem Ziel von näherungsweise 200 Fällen pro Jahr vorzunehmen. Um den festgestellten Herausforderungen zu begegnen, wird das Stichprobenverfahren daher auf eine geschichtete Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung umgestellt. Das Zielkriterium, dass bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit > 200 Fällen im Jahr eine Stichprobe von näherungsweise 200 Fällen gezogen werden soll und bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit ≤ 200 Fällen im Jahr eine Vollerhebung stattfinden soll, bleibt bestehen. Die Zielgröße von 200 Fällen wird nun auf die Monate eines Jahres verteilt und liegt demnach aufgerundet bei 17 Fällen (200/12) pro Monat. Die Sätze 6 und 7 in § 19 Absatz 2 beschreiben das neue Vorgehen für die Ziehung der geschichteten Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung. Da die neue Art der Stichprobenziehung ohne Kenntnis der Fallzahlen des Vorjahres durchgeführt werden kann, wurde die Regelung zur Übermittlung der Vorjahreszahlen in § 19 Absatz 2 gestrichen.

**Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)**

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS PCI basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 4 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026) und den mit Beschluss vom 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegebenen Bericht des IQTIG *Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung: Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP* verwiesen.

Zu QI 56102 „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur“

<b>GKV-SV/DKG/KBV</b>		<b>PatV</b>
Aus der Begleitevaluation zur Patientenbefragung in QS PCI liegen Hinweise vor, dass die dem QI 56102 „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur“ zugrundeliegenden Fragen nicht trennscharf sind. Aus diesem Grund hat das IQTIG Änderungen empfohlen		Aus der Begleitevaluation zur Patientenbefragung in QS PCI liegen Hinweise vor, dass die dem QI 56102 „Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur“ zugrundeliegenden Fragen nicht genügend trennscharf sind. Aus diesem Grund hat das IQTIG Änderungen empfohlen
<b>DKG/KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	<b>PatV</b>
. Obwohl die vom IQTIG empfohlenen Änderungen nur die Trennschärfe verbessern sollen, führen sie jedoch dazu, dass ein anderer Sachverhalt erfragt wird und der QI 56102 somit nicht mehr das Qualitätsziel abbildet.	, die jedoch weiterer Prüfungen bedürfen und voraussichtlich eine weitere Überarbeitung des QIs bedingen.	. Der QI beruht auf der Leitlinienempfehlung, dass nach erfolgter Revaskularisierung nicht grundsätzlich ein Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle vereinbart werden sollte.
<b>GKV-SV/DKG/KBV</b>		Laut den Analysen zum Verbesserungspotenzial, die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation 2025 durchgeführt wurde, fällt dieses „eher hoch“ aus. Der Indikator wird für das Erfassungsjahr 2026 aufgrund der Problematiken zur Trennschärfe aus der Indikatorenliste gestrichen. Die zum Indikator gehörenden Items sollen jedoch weiterhin beibehalten werden. Im Zuge der wissenschaftlichen Erprobung sollen eine weitere Prüfung und ggf. Anpassungen erfolgen.
Vor diesem Hintergrund wird der QI 56102 temporär ausgesetzt bis eine weitere Überarbeitung stattfinden konnte.		
<b>DKG/KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	
Da weder die bisherige noch die neue Frage zum Kontrolltermin für die Qualitätssicherung geeignet sind und somit die Antworten auf die Frage in keine Auswertung eingehen würden, wird die Frage temporär aus dem Fragebogen entfernt.	Um eine Änderung des validierten Fragebogens zu vermeiden, bleiben die zugehörigen Items vorerst erhalten. Damit wird auch der Empfehlung des IQTIG gefolgt.	

Zu QI 56110 „Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur“

DKG/KBV	GKV-SV	PatV
<p>Da sich das Hygienebewusstsein seit der COVID-19 Pandemie verändert hat, ist das Abnehmen des Mundschutzes zum Kennenlernen der Ärztin/des Arztes nicht flächendeckend in den Alltag zurückgekehrt. Daher wird die Frage „Ich habe die Ärztin bzw. den Arzt ohne Mundschutz gesehen.“ (Antwortoptionen ja, nein oder weiß nicht mehr) aus dem Fragebogen der Patientenbefragung in QS PCI gestrichen. Das auf der Frage beruhende Merkmal M2_56110 „Kennenlernen der durchführenden Ärztin / des durchführenden Arztes vor der Prozedur II“ wird ebenfalls gestrichen und geht somit nicht mehr in die Berechnung des obigen QI ein. Das Merkmal war bereits in den endgültigen Rechenregeln für Auswertungsjahr 2024 ausgesetzt worden.</p>	<p>Das Item sollte vorerst beibehalten werden, da Eingriffe am validierten Befragungsinstrument so weit wie möglich vermieden werden sollten. Im Verlauf der Erprobung sollte das weitere Vorgehen im Zusammenhang mit weiteren möglichen Anpassungen am Fragebogen dann beraten werden.</p>	<p>Das Item wurde aufgrund der Hygienebestimmungen während der Corona-Pandemie bei der Berechnung ausgesetzt. Die Diskussion zur Wiederaufnahme im Expertengremium fiel heterogen aus, so dass die Aussetzung zunächst fortgesetzt wird. Eine Streichung des Items wird nicht empfohlen. Das Item funktioniert in seiner Beantwortung für die Patientinnen und Patienten gut, weshalb dies einen unnötigen Eingriff in das validierte Messinstrument bedeuten würde. Insofern wird der Einbezug bzw. das Aussetzen weiterhin über die Rechenregeln gesteuert. Nach Abschluss des Erprobungszeitraums soll über grundsätzliche Anpassungen des Fragebogens entschieden werden, die dann in der Summe validiert werden.</p>

Zu QI 56114 „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI“

GKV-SV	DKG/KBV
<p>Der IQTIG-Empfehlung zur Anpassung des Referenzbereiches wird gefolgt. Referenzbereiche haben verschiedene Funktionen (Benchmark, Markierung von Standards, Auslösung von StnV nach § 17). Zur Auslösung von StnV wird bereits an anderer Stelle diskutiert, inwieweit hier eine praktikablere Handhabung möglich erscheint.</p>	<p>Der Mittelwert-basierte Referenzbereich für den Qualitätsindikator (QI) 56114 „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI“ wird zunächst für das EJ 2026 beibehalten, da aus den freiwilligen Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu rechnerischen Auffälligkeiten in Qualitätsindikatoren aus</p>

Da der mittelwertbasierte Referenzbereich im Auswertungsjahr 2024 im Bundesdurchschnitt bereits bei 92,19 (91,63 - 92,71) Punkten lag, ist hier die nächste Stufe der feste Referenzbereich von 95 Punkten.	der Patientenbefragung in QS PCI weiterhin ein erheblicher Schulungs- bzw. Aufklärungsbedarf, wie die Ergebnisse zu interpretieren und zu bewerten sind, hervorgeht.
---	--

**Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen SJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

**2.2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)**

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

**Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

KBV	DKG
<p><u>Zu Absatz 1 und 3:</u></p> <p>In Absatz 1 und 3 wird die Datengrundlage für die Zwischenberichte auf alle zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II erweitert, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine Rückmeldung erhalten, wie sich alle ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten oder der QS-Dokumentation zum Follow-up beruhen, entwickeln. Auch wenn diese Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.</p>	<p><u>Zu Absatz 1:</u></p> <p>In Absatz 1 wird ergänzt, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vierteljährliche Zwischenberichte (zusätzlich zu den jährlichen Rückmeldeberichten) erhalten. Auch wenn die Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.</p> <p><u>Zu Absatz 3:</u></p> <p>Der neue Absatz 3 regelt, dass die Datengrundlage für die Zwischenberichte alle zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten sind. Dies umfasst sowohl die verfügbaren Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (Anlage II Buchstabe c)</p>

	als auch die verfügbaren Sozialdaten bei den Krankenkassen (Anlage II Buchstabe a und b). Die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Anlage II Buchstabe d und e) erfolgt nur einmal jährlich und ist somit für die Zwischenberichte nicht verfügbar.
--	--

**Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

**Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossene Spezifikation (dort Anlage x – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen SJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

**2.3 Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)**

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

**Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

Zu Absatz 3:

GKV-SV	DKG/KBV
In Absatz 3 werden Sozialdaten gemäß Anlage II Buchstabe b als Datenquellen für die Zwischenberichte ergänzt, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine Rückmeldung erhalten, wie sich alle ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten beruhen, entwickeln.	In Absatz 3 wird die Datengrundlage für die Zwischenberichte auf alle zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II erweitert, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterjährig eine Rückmeldung erhalten, wie sich alle ihre Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, auch solche, die auf Sozialdaten oder der QS-Dokumentation zum Follow-up beruhen, entwickeln.
GKV-SV/DKG/KBV	
Auch wenn diese Zwischenergebnisse vorläufig sind, unterstützen sie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und erlauben es den Leistungserbringerinnen und	

Leistungserbringern, zeitnah zu erkennen, ob Qualitätsförderungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen oder ggf. bereits eingeleitete Maßnahmen greifen.

### Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Die Jahreszahl wird von 2025 auf 2026 geändert. Vor dem Hintergrund notwendiger Priorisierungen bei der Weiterentwicklung der datengestützten externen Qualitätssicherung wird der G-BA Regelungen zu nicht dokumentierten, aber dokumentationspflichtigen Datensätzen gemäß § 137 Absatz 2 SGB V nach aktuellem Stand der Planungen in den Jahren 2025 und 2026 beraten und beschließen.

### Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS NET)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS NET basieren auf den Empfehlungen des IQTIG zur Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 4 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2026) verwiesen.

### Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 17. Juli 2025 beschlossene Spezifikation (dort Anlage x – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen SJ 2026. QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

## 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

## 4. Verfahrensablauf

Am 17. Januar 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. *untenstehende Tabelle*).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Januar 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf

18. März 2025	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlusssentwurf
2. April 2025	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
13. Mai 2025	AG-Sitzung	Vorbereitung Stellungnahmeverfahren Auswertung
4. Juni 2025	UA QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
17. Juli 2025	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

### Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen zur DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen zur DeQS-RL Teil 2 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. April 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am TT. Monat JJJJ eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am TT. Monat JJJJ.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 3**).

[oder:] Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum TT. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**).

[oder:] Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom TT. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 4**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

## 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den T. Monat JJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail:  
qs@g-ba.de

Ihr Kontakt:  
Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1520  
**(bitte immer angeben)**

Dok.: 41133/2025

Anlage:

Bonn, 30.04.2025

**Änderungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden  
Qualitätssicherung Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 in den QS-Verfahren  
PCI, WI und NET**

Sehr geehrte Frau Maag,  
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum o. g. Beschlussentwurf. Ich  
sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

ROBERT KOCH INSTITUT



Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Der Präsident

Prof. Dr. Lars Schaade

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystr. 8

10623 Berlin

**Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änd. DeQS-RL Teil 2  
Verfahren 1, 2 und 4 EJ 2026**

06.05.2025

Unser Zeichen:

4.05.01/0044#0160-FG37

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Informationen und die Möglichkeit an dem  
Stellungnahmeverfahren - Änd. DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1, 2 und 4 EJ 2026  
teilzunehmen. Es wird von Seiten des RKI und den Kommissionen ART und KRINKO  
keine Notwendigkeit zur Erstellung einer Stellungnahme gesehen.

Mit freundlichen Grüßen

Robert Koch-Institut  
zentrale@rki.de  
Tel.: +49 (0)30 18754-0  
Fax: +49 (0)30 18754-2328  
www.rki.de

Berichterstattung/  
Bearbeitung von:

L. Schaade

Durchwahl: -  
E-Mail:

Besucheranschrift:  
Nordufer 20  
13353 Berlin

Das Robert Koch-Institut  
ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des  
Bundesministeriums für  
Gesundheit.

