

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den Verfahren
QS PCI und QS NET

Vom 16. Juli 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	2
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	2
	Zu § 16 Datenlieferfristen.....	2
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung.....	3
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS PCI).....	4
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)	5
2.3	Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	5
	Zu § 2 Eckpunkte	5
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET).....	5
3.	Bürokratiekostenermittlung	5
4.	Verfahrensablauf.....	6
5.	Fazit	6
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	7

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. Gegenstand der Änderungen sind u.a. Anpassungen vor dem Hintergrund des Krankenhaustransparenzgesetzes.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

Die Ergänzung beschränkt die vorgesehene Pseudonymisierung auf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren, da im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1a:

Gemäß Krankenhaustransparenzgesetz müssen die Leistungserbringerkennzeichen der Krankenhäuser in den Datenflüssen der DeQS-RL nicht mehr pseudonymisiert werden. Daher entfällt diese Aufgabe der Datenannahmestellen (DAS). Für die Versendedaten, die von den Krankenhäusern über die DAS an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden, wird daher ebenfalls keine Leistungserbringerpseudonymisierung vorgenommen. Eine in dieser Hinsicht von den sonstigen QS-Daten (QS-Dokumentationsdaten der Krankenhäuser) abweichende Behandlung der Versendedaten ist nicht erforderlich. Die Pseudonymisierung

der Krankenhausstandorte vor Eingang der Daten in der Versendestelle würde zwar verbergen, wo eine Patientin behandelt wurde. Allerdings werden die Klardaten zu den Patientinnen – Name und Adresse – ohnehin von den Behandlungsdaten (inkl. LE-Kennzeichen) getrennt in einem separaten Container übermittelt und werden auch in der Versendestelle in einem eigens separierten gesicherten Bereich verarbeitet, so dass die Identität der Patientinnen weiterhin umfassend geschützt ist. Hingegen sinkt durch den Wegfall der Pseudonymisierung das Risiko für Fehler in der Datenverarbeitung und ebenso der Aufwand.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

Zu Absatz 7:

Die Änderung wird damit begründet, dass es sich bei der tabellarischen Aufstellung der Anzahl der übermittelten Patientendatensätze aufgrund der wegfallenden Pseudonymisierung des LE-Kennzeichens für Krankenhäuser (siehe § 16 Abs. 1a) nicht mehr in jedem Fall um eine Anzahl je Leistungserbringerpseudonym handelt. „Leistungserbringerin oder Leistungserbringer“ wird hier als Sammelbegriff für die pseudonymisierten und nicht-pseudonymisierten LE-Kennzeichen verwendet.

Zu Absatz 9:

Die Patientenbefragung im Qualitätssicherungsverfahren QS PCI ist am 1. Juli 2022 als erste Patientenbefragung gemäß DeQS-RL gestartet. Die Erprobung und ihre wissenschaftliche Begleitung durch das IQTIG haben gezeigt, dass Anpassungen in der DeQS-RL notwendig sind, um die Patientenbefragung insgesamt wirksamer für die Qualitätssicherung nutzen zu können.

Hierzu gehören insbesondere folgende Anpassungen:

- a) Anpassungen der Regelungen zum Umgang mit rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen und zum Vorgehen bei der qualitativen Bewertung.
- b) Überprüfung der Eigenschaften des Fragebogens basierend auf Grundlage der inzwischen vorliegenden Datenbasis (gegebenenfalls unter Einbezug externer Expertise)
- c) Erhöhung der Verständlichkeit und Transparenz der Rechenregeln in Bezug auf die Indikatoren und deren Items im Rahmen der Patientenbefragung für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer.
- d) die Ableitung von Handlungsanschlüssen auf Grundlage der Bewertung der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Patientenbefragung.
- e) Überprüfung und Weiterentwicklung der Darstellung der Ergebnisse in sämtlichen Berichtsformaten sowie die Bewertungskategorien.

Eine Aussetzung der Patientenbefragung für das Erfassungsjahr 2027 erscheint nicht angezeigt. Sie würde die Kontinuität des bereits angestoßenen Lernprozesses bei allen Beteiligten hinsichtlich der Datenübermittlung und des Umgangs mit den Ergebnissen gefährden, bereits in Angriff genommene Qualitätsverbesserungen verlangsamen und die Begleitung und das Monitoring von qualitätsfördernden Maßnahmen durch die LAGen unterbrechen. Eine lückenlose Datengrundlage ist zudem für die weitere wissenschaftliche Beobachtung und Weiterentwicklung der Befragung im Rahmen der Systempflege von Vorteil.

Bis zum 31. Dezember 2026 wird der G-BA die Regelungen zur Patientenbefragung in QS PCI überarbeiten, damit zukünftig eine zielführende Nutzung für die Qualitätssicherung auch im Rahmen der qualitativen Bewertung erfolgen kann.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (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 16. Juli 2026 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 3 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2027. QS-Verfahren 1 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Buchstabe a QS-Dokumentationsdaten/Sozialdaten (Indikatorenliste)

Zu QI 56000 „Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom“:

Im Rahmen der Beratungen zu den normativen Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 wurde – ohne dass daraus normative Änderungen resultieren – auch das weitere Vorgehen zum Referenzbereich des Qualitätsindikators 56000 mit folgendem Ergebnis und folgender Perspektive beraten: Der Qualitätsindikator ID 56000 zielt auf die Qualitätssicherung der leitlinien-gerechten Indikationsstellung zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom ab. Er wurde im Rahmen der durch das Eckpunktepapier des G-BA (2022) zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung angestoßene Überprüfung aller Verfahren zum Erfassungsjahr 2026 überarbeitet. Zum Erfassungsjahr 2027 wird der Referenzbereich auf $\geq 7,5$. Perzentil festgelegt.

In seiner Sitzung am 3. Juni 2026 beauftragte der Unterausschuss Qualitätssicherung das IQTIG zum Erfassungsjahr 2028 im Rahmen der Verfahrenspflege einen festen Referenzbereich für QI 56000 zu entwickeln. Der feste Referenzbereich soll auf $\geq x$ % festgelegt werden. Hierbei sind neben fachlich-medizinischen Erwägungen die bis dahin vorliegenden empirischen Daten bzw. die rechnerischen Qualitätsindikatorergebnisse und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren sowie die Evidenzlage auf Basis einer fundierten Literaturrecherche zu berücksichtigen.

Die Einführung eines festen Referenzbereichs bereits zum Erfassungsjahr 2027 (statt zum Erfassungsjahr 2028) ist nicht zielführend bzw. nicht möglich, da dieser Indikator zum Erfassungsjahr 2026 aufgrund fehlender valider Ergebnisse umfangreich angepasst wurde. Daher liegen zum Zeitpunkt des Beschlusses der prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2027 noch keine verwendbaren Ergebnisse und somit keine valide Datengrundlage für eine Überarbeitung des Referenzbereichs vor. Weiterhin bleibt abzuwarten, ob sich der überarbeitete Qualitätsindikator bewährt. Dies werden die Stellungnahmeverfahren im Auswertungsjahr 2026 zeigen.

Die Einführung des festen Referenzbereichs für den QI 56000 ab dem Erfassungsjahr 2028 soll berücksichtigen, dass Veränderungen in der für die Diagnostik eingesetzten Verfahren eine gewisse Umsetzungszeit Zeit benötigen (bspw. zum Aufbau von Kapazitäten für Herz-CT und der Qualifizierung des Personals). Ab dem Erfassungsjahr 2029 soll geprüft werden, den festen Referenzbereich schrittweise anzuheben, um die Umsetzung aktueller Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik des chronischen Koronarsyndroms zu fördern. Dabei ist die Entwicklung der Ergebnisse des QI zu berücksichtigen.

Falls der beschriebene Zeitplan für die Einführung eines festen Referenzbereichs für QI 56000 nicht eingehalten werden kann, verständigte sich der Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 03.06.2026 darauf, dass der Referenzbereich bis zur Vorlage des festen Referenzbereichs bei dem 7,5. Perzentil verbleibt.

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 16. Juli 2026 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2027 zu QS-Verfahren 1 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 8:

Der Zeitpunkt, zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS NET verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS NET wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des G-BA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der G-BA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Juli 2025 zur Veröffentlichung freigegeben (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/>). Am 5. November 2025 hat der G-BA das IQTIG mit einer Weiterentwicklung des Moduls Dialyse im Verfahren QS NET beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7523/>). Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

Die Ergänzung beschränkt die vorgesehene Pseudonymisierung auf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren, da im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

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 16. Juli 2026 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2027 zu QS-Verfahren 1 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen) verwiesen.

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 jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 236.671 Euro. Infolge der Änderungen von Ausfüllhinweisen entstehen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 53.717 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. **Verfahrensablauf**

Am 13. Januar 2026 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In fünf Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
13. Januar 2026	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
10. März 2026	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
25. März 2026	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
28. April.2026	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
12. Mai 2026	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
3. Juni 2026	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
16. Juli 2026	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 des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Teil 2 der DeQS-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 27. März 2026 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 24. April 2026.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 23. April 2026 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in der Arbeitsgruppensitzung am 28. April 2026 und 12. Mai 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 3. Juni 2026 durchgeführt.

5. **Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2026 beschlossen, die DeQS-RL in Teil 2 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen 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 stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren QS PCI und QS NET sowie versandte Tragende Gründe

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

Berlin, den 16. Juli 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den Verfahren QS PCI und QS NET

Entwurf der Stabsstelle Bürokratiekostenermittlung, Stand 03.06.2026 nach Sitzung des UA QS

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 diesem Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben der bestehenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ (QS PCI) und „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ (QS NET) aktualisiert. Betroffene Leistungserbringer sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, 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, die bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Vergleich zum Ist-Zustand einen bürokratischen Mehr- oder Minderaufwand auslösen. Bestehende bürokratische Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, fließen nicht in die Bürokratiekostenermittlung ein.

Zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten ambulanten Einrichtungen und Krankenhausstandorte) dient der Bundesqualitätsbericht 2025 des IQTIG¹ als Datenquelle.

In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Im Folgenden werden die Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie die in den einzelnen Leistungsbereichen anfallenden Fallzahlen beschrieben. Es sind jene Leistungsbereiche aufgeführt, deren Dokumentationsvorgaben geändert wurden. Betrachtet werden lediglich die manuell zu dokumentierenden Datenfelder.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher auf dem Markt befindlicher Softwarelösungen ist eine Unterscheidung in manuell einzugebende Bogenfelder einerseits und bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die Qualitätssicherung (QS) automatisch befüllbare Bogenfelder andererseits nicht immer trennscharf möglich. Bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen wird zudem regelmäßig

¹ IQTIG: Bundesqualitätsbericht (Auswertungsjahr 2025), unter: https://iqtig.org/downloads/berichte/2025/IQTIG_BQB-2025_2025-11-07.pdf

geprüft, ob die Möglichkeit zur automatischen Ausleitung von Daten aus dem Krankenhausinformationssystem 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, die regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Export der Daten aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) bzw. dem 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 die Fachabteilung, das Geburtsdatum, das Aufnahmedatum, die Prozeduren (in Form von OPS-Kodes), das OPS-Datum, die Haupt- und Sekundär Diagnosen (in Form von ICD-Kodes), sowie das Entlassungsdatum und der entlassende Standort.

1.1 Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im Verfahren QS PCI

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen QS-Dokumentation im Verfahren QS PCI erweitern sich die Dokumentationsvorgaben für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zum QS-Verfahren PCI sehen vor, dass das Datenfeld „(1) applizierte Kontrastmittelmenge“ neu aufgenommen wird und manuell dokumentiert werden muss. Somit müssen die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zukünftig ein Datenfeld mehr als bisher im Rahmen des Verfahrens QS PCI dokumentieren.

Bei der manuellen Befüllung der Datenfelder muss davon ausgegangen werden, dass es sich 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 für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes wird im Schnitt auf 0,3 Minuten geschätzt. Hieraus ergeben sich im Durchschnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von 0,31 Euro.

Unter Berücksichtigung der geschätzten Fallzahl von 763.454 im Rahmen des QS-Verfahrens PCI dokumentierten Eingriffe ergibt sich somit eine Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten um etwa 236.671 Euro ($0,31 \text{ Euro} \times 1 \times 763.454$).

[DKG, KBV, LV:

1.2 Aussetzung der Patientenbefragung im Verfahren QS PCI

Der vorliegende Beschluss regelt gemäß § 19 Absatz 9 DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 1: QS PCI die Aussetzung des Moduls Patientenbefragung (PPCI) des Verfahrens QS PCI für das Erfassungsjahr 2027. Damit entfallen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die modulspezifische QS-Dokumentation nach Teil 2 QS PCI Anlage II Buchstabe c und die diesbezüglich mit Beschluss vom 22.11.2019 ausgewiesenen jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 1.047.494 Euro. Zudem entfallen auch die jährlichen bürokratischen Aufwände bezüglich der Datenlieferung an die zuständige Datenannahmestelle gemäß § 16 Absatz 1a in Höhe von 126.562 Euro.

Im Falle rechnerisch ermittelter Auffälligkeiten entstehen den Einrichtungen durch die Anfertigung schriftlicher Stellungnahmen bürokratische Aufwände, sofern sich im weiteren Verlauf zeigt, dass kein Qualitätsdefizit besteht. Die Abfassung einer Stellungnahme dauert 33 Minuten, wovon sieben Minuten einem mittleren Qualifikationsniveau (34,2 Euro/h) sowie 26 Minuten einem hohem Qualifikationsniveau (62,0 Euro/h) zuzuordnen sind. Insgesamt entstehen somit Bürokratiekosten in Höhe von etwa 30,86 Euro je schriftlicher Stellungnahme. Da

bei der Erstfassung üblicherweise nur der Aufwand je Stellungnahme ausgewiesen wird und keine belastbare Abschätzung des Gesamtaufwands vorgenommen werden konnte, wird hier lediglich auf die bürokratische Entlastung durch den Wegfall des Stellungnahmeverfahrens hingewiesen; eine Bezifferung erfolgt nicht.]

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 vertragsärztlicher Einrichtung bzw. je Krankenhausstandort und Verfahren angesetzt werden, sofern mindestens eine relevante Änderung in einem manuell zu dokumentierenden Datenfeld vorliegt.

Tabelle 1: 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
Gesamt		48

Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Leistungsbereiche, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die jeweils betroffenen Einrichtungen bzw. Krankenhausstandorte gemäß IQTIG Bundesqualitätsbericht 2025 dargestellt.

Tabelle 2: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

QS-Verfahren: Leistungsbereich	Einrichtungen/KH-Standorte 2024 je Verfahren		Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH in h
	ambulant	stationär	
QS PCI:			
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI	259	785	835,2
QS NET:			
Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX)		39	31,2
Zeitaufwand gesamt in h			866,4

Bei einem erforderlichen hohen Qualifikationsniveau (62,00 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 866,4 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 53.717 Euro (62,00 Euro x 866,4 h).

3. Zusammenfassung

Insgesamt ergibt sich aus den Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 im QS-Verfahren PCI der DeQS-RL aufgrund der geänderten Dokumentationsvorgaben eine Erhöhung der jährliche Bürokratiekosten um geschätzt 236.671 Euro. [DKG, KBV, LV: Aufgrund der Aussetzung der Patientenbefragung im QS-Verfahren PCI reduzieren sich für das Erfassungsjahr 2027 die jährlichen Bürokratiekosten um 1.174.056 Euro.] Aus den Änderungen der Ausfüllhinweise in den Verfahren QS PCI und QS NET resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 53.717 Euro.

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 1: QS PCI: Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten |
Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 4 Abs. 2
- § 16 Abs. 1a
- § 19 Abs. 7 und Abs. 9 (neu)
- Anlage I (entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen)
- Anlage II (entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen)

Legende:

Dissente Positionen sind **gelb** markiert.

Redaktionell anzupassende Passagen sind **grau** gekennzeichnet.

Kommentiert [A1]: UA QS 25.03.2026:

Zu Anlage II Buchstabe c:

Zu Datenfeld 28 (neu): „Name der Einrichtung für Anschreiben“:

GKV-SV: Aufnahme des Datenfelds

DKG/KBV: keine Aufnahme des Datenfelds

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

(3) ¹Das 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. ²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt.

³Daraus 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 zerebrovasculären 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.

⁴Im 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) ¹Zur Beurteilung des Indexeingriffs werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Dies sind im Einzelnen unerwünschte schwerwiegende kardiale oder zerebrovaskuläre Ereignisse (MACCE), Sterblichkeit, punktionsnahe Komplikationen und therapiebedürftige Blutungen.

(4) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur 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. ³Die 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) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich 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) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 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) ¹Es 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. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich 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 [der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren](#) 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) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von
 - a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern
 - b) den Krankenkassen und
 - c) den Patientinnen und Patienten in Form von Patientenbefragungen.

²Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind der **Anlage II** zu entnehmen. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie und im Fall von Satz 1 Buchstabe a zusätzlich Versendendaten für Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie. ⁴Die 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) ¹Zum 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. ²Neben 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. ³Die 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. ⁴Sie 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

¹Es 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.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die 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 Vorvorjahres (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) ¹Einen 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. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) ¹Die 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 Kennzahlresultate 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) Belegärztlich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte 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).

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

(3) ¹Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a und b** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten. ²Sie enthalten zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß **Anlage II Buchstabe c**. ³Der Zwischenbericht zum 30. September enthält zusätzlich die zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Befragungsdaten aus der Patientenbefragung.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und 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) 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.

²Ergebnisse 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

¹Die 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. ²Jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein. ³Darüber hinaus soll die Fachkommission mit einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen besetzt sein. ⁴Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁶Die 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. ⁷Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁸Alle 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) ¹Die 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. ²Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Da-

ten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden.³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln.⁵Die 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.⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen.⁷Alle 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) ¹Abweichend 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.²Gemäß Anlage zu Teil 1 § 3 der Richtlinie prüft die Datenannahmestelle die Daten, tauscht

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
bei den zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzten sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren	[keine Übernahme]

die leistungserbringeridentifizierenden Daten gegen das Leistungserbringerpseudonym aus und übermittelt die Daten unverzüglich weiter an die Versendestelle.³Für die Daten besteht eine Korrekturfrist von sieben Tagen.

(2) ¹Die 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).²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April.³Die 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) ¹Die 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.²Darin 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.³Die 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) ¹Die 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. ²Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die 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) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin 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

¹Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ²Für die Erfassungsjahre 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) ¹Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie 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. ²Die technische Umsetzung der Stichprobe entspricht den Vorgaben gemäß § 5 Absatz 2. ³Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 20. Tag eines Monats beziehungsweise am nächsten darauf folgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der im Vormonat entlassenen beziehungsweise behandelten Patientinnen und Patienten einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers. ⁴Für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr näherungsweise 200 Patientinnen und Patienten in die Stichprobe einzubeziehen beziehungsweise für die Befragung auszuwählen (Stichprobenumfang). ⁵Um den jährlichen Stichprobenumfang zu erreichen, gilt für die monatliche Zufallsstichprobe gemäß Satz 1 ein anzustrebender Stichprobenumfang von 17 Fällen. ⁶Unterschreitet 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. ⁷Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich wird somit in der Regel eine Vollerhebung angestrebt. ⁸Abweichend 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 übermittelten Datensätze so lange verarbeiten, wie dies für Zwecke nach Satz 4 bis 7 erforderlich ist; diese Daten sind spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen. ⁹Bis zur Löschung der Daten darf die Versendestelle zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung weitere Stichproben im Umfang von bis zu 8 % bezogen auf die Anzahl insgesamt gültiger Fragebögen des vorherigen Erfassungsjahres generieren und entsprechende Befragungsunterlagen zum Versand an die in die Stichprobe einbezogenen Patientinnen und Patienten bereitstellen; Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend.

(3) ¹Die 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. ²Die Rücksendefrist für die Patientinnen und Patienten wird im Anschreiben angegeben und beträgt 20 Tage nach Versendung des Fragebogens. ³Die Versendestelle erstellt weiterhin gegebenenfalls Anschreiben und Fragebogen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung und stellt diese zum Versand bereit.

(4) ¹Die Bundesauswertungsstelle meldet werktäglich die FB-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück. ²Die Versendestelle gleicht diese Informationen automatisiert mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen ab. ³Zwölf 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. ⁴Wenn 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) ¹Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird in dem Zeitraum drei Wochen bis zwölf Wochen nach erfolgtem Indexeingriff durchgeführt. ²Fragebögen, die nach Verstreichen der festgelegten Ausschlussfrist beim Institut nach § 137a SGB V eintreffen, werden von der Auswertung ausgeschlossen. ³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Befragungen zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung.

(6) ¹Die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle erfolgt jeweils zum 25. April, 25. Juli, 25. November und 25. Januar bezogen auf das vorangegangene Quartal. ²Die Mapping-Tabelle enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden behandlungsspezifischen 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

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer je Leistungserbringerpseudonym	je Leistungserbringerpseudonym

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

(8) ¹Für 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. ²Gegenstände 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. ³Die 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. ⁴Für 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. ⁵Die ersten sechs Monate dienen der Erprobung der Datenerhebung und des Datenflusses. ⁶Zum 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. ⁷Ab 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. ⁸Bei 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. ⁹Abweichend von Teil 1 § 17 Absatz 5 Satz 1 und 2 der Richtlinie kann für den Zeitraum der Erprobung in den Rechenregeln festgelegt werden, dass für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Anlage I Buchstabe b) Indikatorengruppen gebildet werden und eine festgelegte Anzahl rechnerisch auffälliger Qualitätsindikatoren pro Gruppe die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens mit dem Leistungserbringer auslösen kann. ¹⁰Werden Indikatorengruppen gebildet, ist hierzu eine Begründung mit zu veröffentlichen. ¹¹Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. ¹²Das 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. ¹³Das Institut nach § 137a SGB V erstellt für den Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils bis zum 15. Januar des Folgejahres einen Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. ¹⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet auf Basis des Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie, der prospektiven Rechenregeln und der Spezifikationen für das folgende Erfassungsjahr.

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
<u>(9) Der G-BA wird die Patientenbefragung weiterentwickeln und trifft bis zum 31. Dezember 2026 weitere Regelungen. Im Erfassungsjahr 2027 wird die Datenübermittlung gemäß § 16 Absatz 1a ausgesetzt.</u>	[keine Übernahme]

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS PCI)**a) QS-Dokumentationsdaten/Sozialdaten****Indikatorenliste**

1	Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom
ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig) mit der führenden Indikation chronisches Koronarsyndrom oder Verdacht auf chronisches Koronarsyndrom, die auf der Grundlage gesicherter oder fraglicher, objektiver (apparativer), nicht-invasiver Ischämiezeichen oder eines pathologischen Koronar-CTs durchgeführt wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig), bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)) 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

Indikatortyp	einzeitigen Koronarangiographien/PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein.
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
8	Indikation zur elektiven Revaskularisation bei chronischem Koronarsyndrom bzw. nach akutem Koronarsyndrom
ID	56027
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	Der Anteil an elektiven PCI bei chronischem Koronarsyndrom oder bei Komplettierung der Revaskularisation nach akutem Koronarsyndrom mit angemessener Indikationsstellung soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
<u>9</u>	<u>Kontrastmittelverbrauch bei Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion</u>
<u>ID</u>	<u>562700</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst für alle Prozeduren (isolierte Koronarangiographien, isolierte PCI, einzeitige Koronarangiographien/PCI) bei Patientinnen und Patienten ab einer moderat eingeschränkten Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) die Menge an appliziertem Kontrastmittel in Millilitern (ml).</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst geringer Kontrastmittelverbrauch</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Prozessindikator</u>

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	Symptomatische 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. <u>Der Indikator misst</u> , ob vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und

Qualitätsziel	inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	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 ablief 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
4	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
5	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.
Indikatortyp	Prozessindikator
6	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 bzw. 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).
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
ID	56108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie bzw. 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
8	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
9	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 z. B. 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
10	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).
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. 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 bzw. akuten PCI informiert wurden.

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
12	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 bzw. 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.
Indikatortyp	Prozessindikator
13	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
14	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
15	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
16	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
17	Patienteninformation zur Entscheidung für die elektive Prozedur
ID	56119
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz und über das Ziel der elektiven Prozedur informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
18	Patienteninformation zur Durchführung der elektiven Prozedur
ID	56120
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	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.

Indikatortyp	Prozessindikator
19	Patienteninformation für die Zeit nach der Prozedur
ID	56121
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.
Qualitätsziel	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.
Indikatortyp	Prozessindikator
20	Patienteninformation zu Gesundheit und Prävention bei PCI
ID	56122
Beschreibung	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.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven bzw. akuten/notfallmäßigen PCI (isoliert, einzeitig) über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.
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 und Datensatz-ID [Basis] ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Basis] ²	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 (inkl. 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 ³	X			X	
13	GKV-Versichertenstatus ⁴	X	X		X	
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁵	X	X		X	
15	Institutionskennzeichen	X			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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 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
16	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
17	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
18	Fachabteilung	X				
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X	
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X		
21	Patientenalter am Aufnahmetag <u>bzw. am Datum Beginn der Leistung</u> in Jahren ⁸	X	X	X	X	
22	Geburtsjahr ⁹	X	X	X	X	
23	Geschlecht	X		X		
24	Aufnahmedatum (stationär) <u>bzw. Datum Beginn der Leistung</u>	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		

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

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

8 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum ~~(stationär)~~“ bzw. Datum Beginn der Leistung“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

9 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 und Datensatz-ID [Prozedur] ¹⁰	X			X	
33	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Prozedur] ¹¹	X			X	
34	Versionsnummer [Prozedur]				X	
35	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Krankenhauses- bzw. Behandlungsfalles?-(ambulant)??		X	X	X	
36	Datum der Prozedur	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
37	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ¹²	X		X	X	
38	Quartal der Operation ¹³	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		X	X		X
42	leitliniengerechte optimierte medikamentöse anti-anginöse Therapie		X	X		
43	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)		X	X		
44	zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik		X	X		
45	Herzinsuffizienz		X	X	X	X
46	kardiogener Schock		X	X		X
47	Art der Prozedur		X	X	X	X

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

13 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 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
48	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X		
49	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X	X
50	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
51	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
52	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
53	Dialysepflicht		X	X		
54	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X		
55	Zugangsweg		X	X		
56	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X	
57	Vorgangsnummer und Datensatz-ID [Koronarangiographie] ¹⁴	X			X	
58	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Koronarangiographie] ¹⁵	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 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.

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

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	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	
60	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X	
61	Wieviele diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Krankenhaus- bzw. Behandlungsfalles? (ambulant)??		X		X	
62	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X		X
63	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ¹⁶	X		X		X
64	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI]				X	
65	Vorgangsnummer und Datensatz-ID [PCI] ¹⁷	X			X	

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.

¹⁶ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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

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
66	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [PCI] ¹⁸	X			X	
67	Versionsnummer [PCI]				X	
68	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
69	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)? <u>Krankenhaus- bzw. Behandlungsfalls?</u>		X		X	
70	Indikation zur PCI		X	X	X	X
71	War der aktuelle STEMI Anlass der stationären Aufnahme bzw. des Behandlungsfalls <u>Krankenhaus- bzw. Behandlungsfalls?</u>		X	X	X	

mer 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
72	Operationen- und Prozedurenschlüssel[PCI] ¹⁹	X		X		X
73	PCI an Hauptstamm		X	X		X
74	PCI an LAD		X	X		X
75	PCI an RCX		X	X		X
76	PCI an RCA		X	X		X
77	Ist der Befund des nicht invasiven Ischämienachweises passend zum Versorgungsgebiet des intervenierten Gefäßes?		X	X		
78	Stenosegrad (angiographischer Diameter)		X	X		
79	Stenosegrad (angiographischer Diameter) nicht bestimmt		X	X		
80	Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?		X	X		
81	Ergab die (hämodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?		X	X		
82	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X	X
83	PCI am kompletten Gefäßverschluss		X	X		X

¹⁹ 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
84	PCI eines Koronarbypasses		X	X		X
85	PCI am ungeschützten Hauptstamm		X	X		X
86	PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA		X	X		X
87	PCI am letzten verbliebenen Gefäß		X	X		X
88	PCI an einer In-Stent Stenose		X	X		X
89	PCI an einer Bifurkationsstenose		X	X		X
90	sonstiges		X	X		X
91	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X		
92	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X	
93	Door-Zeitpunkt (Datum)		X			
94	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
95	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X			
96	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
97	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X		
97 8	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X	
98 9	koronarer Verschluss		X	X		
99 00	TIA/Schlaganfall		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- aus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
100 <u>101</u>	Exitus im Herzkatheterlabor		X	X		
101 <u>102</u>	sonstige		X	X		
102 <u>103</u>	postprozedural neu aufge- tretener Herzinfarkt		X	X	X	
103 <u>104</u>	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzin- farkts		X			
104 <u>105</u>	postprozedural neu aufge- tretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X	
105 <u>106</u>	Datum der/des postproze- dural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X			
106 <u>107</u>	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei ei- ner Koronarangiographie oder PCI		X	X	X	X
107 <u>108</u>	Datum der postprozedura- len Verlegung bzw. Einwei- sung zur Notfall-CABG- Operation		X			X
108 <u>109</u>	postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Ko- ronarangiographie		X	X	X	
109 <u>110</u>	Datum der postprozedura- len Transfusion		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
110 <u>111</u>	postprozedurales Aneurysma spurium		X	X	X	
111 <u>112</u>	Datum des postprozeduralen Aneurysma spuriums		X			
112 <u>113</u>	Entlassungsdatum <u>bzw. Datum Ende der Leistung</u>	X				X
113 <u>114</u>	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ²⁰	X		X		X

²⁰ 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.	Be-schrei-bung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falli-denti-fika-tion	Da-ten-felder für die Indi-kator-oder Kenn-zahl-be-rech-nung	Da-ten-felder für die Basis-aus-wer-tung	Tech-ni-sche und an-wen-dungs bezo-gene Grün-de	Follo-w-up-Infor-ma-tion
§ 301 (Krankenhäuser)							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				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.

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) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³	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	

³ 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
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-up-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' 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
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						

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	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
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						

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
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 Krankenhausfalles	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) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
§ 301 (AMBO)							
18	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X	
19	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				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

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 Folow-up-Information
20	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
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

erforderlich.

⁷ 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
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
24	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@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-up-Information
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
26	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X

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
27	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X
28	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X

⁸ 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-up-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
§ 295 (kollektivvertraglich)							
31	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X	

⁹ 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 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
32	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
33	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	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			

¹⁰ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der 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.	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
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-up-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-up-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
§ 284 (Stammdaten)							
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.) ¹²	Stamm@versicherungsdatum				X	

¹² 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
47	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 300 (Apotheken)							
48	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(300)@quelle				X	
49	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	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 ¹⁵	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

¹⁵ 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
53	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder	X		X		
54	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				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
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
§ 295 (selektivvertraglich)							
57	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁶	source(295s)@quelle				X	

¹⁶ 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
58	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
59	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
60	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			

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) ¹⁹	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) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²⁰	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.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				
65	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	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
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				
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

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
70	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X
Administrative Daten							
71	IKNR der Krankenkasse ²¹	Admin@kasseiknr	X			X	
72	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				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
73	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
74	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ²²	Admin@dienstleister				X	
§115f Hybrid-DRG							
75	<u>Angabe der Quelle des Datensatzes</u>	<u>source(hybrid-drg)@quelle</u>				<u>X</u>	

²² 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 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Folow-up-Information
76	<u>Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)</u>	<u>cp_type(hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.2.1.Betriebsstätte BSNR)@art</u>				<u>X</u>	
77	<u>KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR²³</u>	<u>kv_key(hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.2.1.Betriebsstätte BSNR)@kvregion</u>			<u>X</u>	<u>X</u>	
78	<u>BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes</u>	<u>hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.2.1.Betriebsstätte BSNR@nummer</u>	<u>X</u>	<u>X</u>			
79	<u>Datum Beginn der Leistung</u>	<u>hybrid-drg.Leistungsdaten.LEA.4/4.2.2. Datum Beginn der Leistung@beginndatum</u>	<u>X</u>	<u>X</u>			<u>X</u>

²³ 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 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
80	<u>Datum Ende der Leistung</u>	<u>hybrid-drg.Leistungsdaten.LEA.4/4.2.2. Datum Ende der Leistung@endedatum</u>	<u>X</u>	<u>X</u>			<u>X</u>
81	<u>Aufnahmegrund nach 2-stelligem Schlüssel (Konstante)</u>	<u>hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.4. Aufnahmegrund@aufngrund</u>				<u>X</u>	
82	<u>Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Konstante)</u>	<u>hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.7. Entlassungsgrund@entlgrund</u>				<u>X</u>	
83	<u>Hauptdiagnose des Falls (Vorkommen: einmal pro Fall (IFA)), nur gesicherte Diagnosen)</u>	<u>hybrid-drg.Hauptdiagnosedaten.DGH.2/2.2.1.Hauptdiagnose, codiert@icd</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>

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
<u>84</u>	<u>Nebendiagnosedaten des Falls (Vorkommen: 0-n mal pro Hauptdiagnose (DGH)); Sekundärschlüssel werden als Nebendiagnosen angegeben</u>	<u>hybrid-drg.Nebendiagnosedaten.DGN.3/3.2.1.Nebendiagnose, codiert@icd</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
<u>85</u>	<u>OP-Schlüssel zur GOP (Vorkommen: 1-n mal pro Hybrid-DRG (LEA))</u>	<u>hybrid-drg.OP-Schlüssel.OPA.5/5.2.1.Operationsschlüssel codiert@ops</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>

Lfd. Nr.	Be-schrei-bung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Falli-denti-fika-tion	2 Da-ten-felder für die Indi-kator-oder Kenn-zahl-be-rech-nung	3 Da-ten-felder für die Basis-aus-wer-tung	4 Tech-ni-sche und an-wen-dungs bezo-gene Grün-de	5 Follo-w-up-Infor-ma-tion
<u>86</u>	<u>OPS-Datum</u>	<u>hybrid-drg.OP-Schlüssel.OPA.5/5.2.3.OPS-Datum@datum</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>

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*	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X	
2*	Datensatz-ID [Basis] ¹				X	
3*	Datensatz-ID (GUID) [Basis] ²				X	
4*	Versionsnummer [Basis]				X	
5**	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6**	Modulbezeichnung				X	
7*	Teildatensatz oder Bogen				X	
8*	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9**	Status des Leistungserbringers	X			X	
10**	Art der Leistungserbringung	X			X	

1 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 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
11*	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ³	X			X	
12***	entlassender Standort 6-stellig⁴	X	X	X	X	
131 2*	GKV-Versichertenstatus ⁵	X			X	
14** 3** -	Titel				X	
15*** 14* ** -	Vorsatzwort				X	
16*** 15* ** -	Namenszusatz				X	
17*** 16* ** -	Nachname				X	
18*** 17* ** -	Vorname				X	
19*** 18* ** -	Adresszusatz				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
20 ^{***} <u>19</u> [*] ** --	Straße und Hausnummer				X	
21 ^{***} <u>20</u> [*] ** --	Postleitzahl				X	
22 ^{***} <u>21</u> [*] ** --	Wohnort				X	
22 ^{**} 23 ^{**} <u>23</u> ^{**} ***	Land				X	
<u>23</u> ^{**} ** 24 ***	Institutionskennzeichen	X			X	
<u>24</u> ^{**} ** --	<u>entlassender Standort 6-stellig</u> ⁶	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>25</u> ^{**} 26 ^{***}	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
<u>26</u> ^{**} 27 ^{***}	Betriebsstättennummer ambulant	X	X			
<u>27</u> ^{**} 28 ^{***}	Nebenbetriebsstättennummer	X	X			
<u>28</u> [*]	<u>Name der Einrichtung für Anschreiben</u>				<u>X</u>	
28 ² <u>9</u> [*]	Geschlecht	X			X	

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

⁷ 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
293 <u>0</u> [*]	Aufnahmedatum (stationär) bzw. Datum Beginn der Leistung	X				
303 <u>1</u> [*]	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X	
313 <u>2</u> [*]	Datensatz-ID [Prozedur] ⁸				X	
323 <u>3</u> [*]	Datensatz-ID (GUID) [Prozedur] ⁹				X	
333 <u>4</u> [*]	Versionsnummer [Prozedur]				X	
343 <u>5</u> [*]	Wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) beziehungsweise innerhalb dieses Krankenhauses bzw. Behandlungsfalls <u>Behandlungsfalles (ambulant)??</u>				X	
353 <u>6</u> ^{**}	Datum der Prozedur	X			X	
363 <u>7</u> [*]	Quartal der Operation ¹⁰	X			X	

8 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 Datenanahmestelle verwendet.

9 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 Datenanahmestelle verwendet.

10 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
373 <u>8</u> [*]	Art der Prozedur				X	
383 <u>9</u> [*]	Gebührenordnungsposition (GOP)	X			X	
394 <u>0</u> [*]	Dringlichkeit der Prozedur				X	
404 <u>1</u> [*]	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiogra f phie]				X	
414 <u>2</u> [*]	Datensatz-ID [Koronarangiogra f phie] ¹¹				X	
424 <u>3</u> [*]	Datensatz-ID (GUID) [Koronarangiogra f phie] ¹²				X	
434 <u>4</u> [*]	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	
444 <u>5</u> [*]	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiogra f phie]				X	
454 <u>6</u> [*]	Wieviele diagnostische Koronarangiogra f phie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes				X	

11 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.

12 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
	(stationär) bzw. innerhalb dieses Krankenhauses bzw. Behandlungsfalls Behandlungsfalles (ambulant)??					
464 <u>7</u> *	Operationen- und Prozedurenschlüssel ¹³ [Koronarangiographie]	X			X	
474 <u>8</u> *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI]				X	
484 <u>9</u> *	Datensatz-ID [PCI] ¹⁴				X	
495 <u>0</u> *	Datensatz-ID (GUID) [PCI] ¹⁵				X	
505 <u>1</u> *	Versionsnummer [PCI]				X	
515 <u>2</u> *	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
525 <u>3</u> *	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) beziehungsweise innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X	

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

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.

15 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
	<u>Krankenhaus- bzw. Behandlungsfalls?</u>					
<u>53</u> <u>4</u> *	Operationen- und Prozedurschlüssel <u>[PCI]</u> ¹⁶	X			X	
<u>54</u> <u>5</u> *	Patient verstorben	X				
<u>55</u> [±] <u>6</u> **	Entlassungsdatum <u>bzw. Datum Ende der Leistung</u>	X			<u>X</u>	
<u>57</u>	<u>Quartal des Entlassungstages bzw. des Datum Ende der Leistung</u> ¹⁷	<u>X</u>			<u>X</u>	

* 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.

*** 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.

**** 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 Bundesauswertungsstelle 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.~~

¹⁶ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

¹⁷ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum bzw. Datum Ende der Leistung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 4: QS NET - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten
Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 8
- § 4 Abs. 2
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 19.03.2026 bereitgestellten Fassung mit 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) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Dialysen und Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexbehandlung“ bezeichnet. ³Zudem werden bei den Nieren- und Pankreastransplantationen auch Daten nicht gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten einbezogen.

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

(3) ¹Das 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.

²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus 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.

⁴Im 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) ¹Zur Beurteilung der Indexbehandlungen werden auch die mit diesen assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Diese sind im Einzelnen: stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund von zugangsassoziierten 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) ¹Zur 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. ²Die 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) ¹Um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Indexbehandlungen zu erreichen, erfolgt mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse und durchgeführten Maßnahmen von Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren. ²Um dies zu erreichen, werden die Fachkommissionen auf Bundes- und Landesebene interdisziplinär mit Nephrologen und Transplantationschirurgen besetzt. ³Es wird darüber hinaus ein sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachkommissionen von Bundes- und Landesebene gebildet (siehe § 15).

(7) ¹Das Verfahren wird grundsätzlich bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Bezogen auf Pankreastransplantationen wird aufgrund von geringen Fallzahlen gegebenenfalls eine Auswertung über zwei Kalenderjahre (Erfassungsjahre) durchgeführt. ³Maßgeblich für die Zuordnung zum Erfassungsjahr ist die Durchführung einer Dialyseleistung im jeweiligen Kalenderjahr und für Transplantationen das Datum der Entlassung nach dem Indexeingriff.

(8) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni ~~2026-2030~~ 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 ~~2027-2031~~ 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

¹Es 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. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies

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. ⁴Folglich 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 der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren 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) ¹Für 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. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a bis e festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) ¹Zum 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. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die 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. ⁴Sie 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) ¹Bei 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. ²Das Krankenhaus ist verpflichtet,

nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit Nieren- und Pankreas-transplantation über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren.³ 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) ¹Wenn 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. ²Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. ³Die Bundesauswertungsstelle löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.

(6) ¹Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. ²Die zur Risikoadjustierung für Indexbehandlungen aus dem Jahr 2020 erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenkassen können aus dem Jahr 2019 genutzt werden. ³Die 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

¹Auf 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. ²Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die 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) ¹Einen 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. ²Die 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** 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) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Dialysen und bundesbezogene Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplantationen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die 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 Indikatorendergebnisse 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

¹Bei 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. ²Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie sind daher nur bei Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität anzuwenden. ³Das 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

¹Die 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. ²Mindestens drei der Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser müssen Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sein. ³Alle oben genannten Vertreterinnen und Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. ⁴Darüber hinaus sollte mindestens eine Chirurgin oder ein Chirurg, die oder der Nierentransplantationen durchführt, ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. ⁶Die 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. ⁷Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 14a Bundesfachkommission

¹Die 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. ²Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Nierentransplantationen durchführen. ³Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Pankreastransplantationen durchführen. ⁴Alle oben genannten Vertreterinnen und Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. ⁶Die 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. ⁷Im Einzelfall kann die Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) ¹Das Institut nach § 137a SGB V richtet ein sektorenübergreifendes Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. ²Insbesondere 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) ¹Das Expertengremium umfasst mindestens fünf Vertreterinnen und Vertreter aus den Fachkommissionen nach § 14 und mindestens fünf Vertreterinnen und Vertreter aus der Bundesfachkommission nach § 14a. ²Auf eine diesbezüglich ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums ist zu achten. ³Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die 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. ²Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die 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. ⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle 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) ¹Die 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. ²Die 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. ³Im 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. ⁴Anlage 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) ¹Die 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). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die 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) ¹Die 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. ²Darin 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. ³Die 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) ¹Die 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. ²Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die 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) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin 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

¹Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ²Für die Erfassungsjahre bis 2026 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) 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.

(2) Für die Erfassungsjahre 2026 und 2027 finden für das Verfahren zur Bewertung der Versorgungsqualität bei Dialysen die Regelungen über die Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Krankenkassen gemäß Teil 1 § 15 Absatz 1 der Richtlinie zur Erhebung und Übermittlung von Daten nach Teil 2 QS NET Anlage II Buchstaben a und b keine Anwendung.

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 bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. 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 bzw. Hämo(dia)filtration	
ID	572004	

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 (bzw. 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 bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. 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.

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 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
8	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
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
9	Anämiemanagement
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
10	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
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
11	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
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
17	3-Jahres-Überleben
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
18	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
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
19	5-Jahres-Überleben
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
20	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
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
21	10-Jahres-Überleben
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
22	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

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

1	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	
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	
2	Sterblichkeit im Krankenhaus	
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	
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
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	
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
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	
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
ID	572020	

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 postmortalen 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 bzw. 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 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
7	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation
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
8	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation
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
9	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation
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
6	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung
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
7	Entfernung des Pankreastransplantats
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

1	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
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
2	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
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
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 Pankreas- transplantation 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 und Datensatz-ID ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. 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 ³	X			X	
12	GKV-Versichertenstatus ⁴	X	X		X	
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁵	X	X		X	
14	Institutionskennzeichen	X			X	
15	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X		
16	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
17	Fachabteilung	X		X		
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 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.

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

7 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
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X				
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸		X	X	X	
21	Quartal des Aufnahmetages ⁹	X			X	
22	Geburtsjahr ¹⁰	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 Spezifikationsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			X	X	
28	renale Grunderkrankung		X	X		
29	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X	
30	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	

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

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

10 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
31	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹¹	X			X	
32	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹²	X			X	
33	Versionsnummer				X	
34	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
35	Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie angeboten?		X	X		
36	Hämodialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		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
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 der Evaluation zur Transplantation ¹³		X	X		

¹³ 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.

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
43	Jahr des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation ¹⁴				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		
57	Malignom		X	X		
58	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X		

¹⁴ 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
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 und Datensatz-ID ¹⁵	X			X	
67	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁶	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.

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.

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
68	Versionsnummer				X	
69	Wieviele Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
70	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X		
71	Dialyseverfahren		X	X	X	
72	Prozedurenschlüssel ¹⁷	X				
73	Gebührenordnungsposition (GOP) ¹⁸	X				
74	Dialysedatum	X	X			
75	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ¹⁹		X	X		
76	Quartal der Operation ²⁰	X			X	
77	Zugangsart		X	X		
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			X	X	

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

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

19 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialysedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

20 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
	diesem Quartal durchgeführt?					
84	Datum der Referenzdialyse		X			
85	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse (unmittelbar nach der Dialyse)		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	
95	C-reaktives Protein ≥ 10 mg/l				X	
96	C-reaktives Protein		X			
97	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X	
98	Entlassungsdatum Krankenhaus	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
99	Quartal des Entlassungstages ²¹	X		X	X	
100	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ²²	X		X		
101	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
102	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ²³	X			X	
103	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²⁴	X			X	
104	Versionsnummer				X	
105	Wievieltes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X	

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

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

23 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.

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.

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
106	Art wesentliches Ereignis		X	X	X	
107	Beginn wesentliches Ereignis		X	X		
108	Ende wesentliches Ereignis		X	X		
109	Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt				X	
110	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X	
111	Datum der Beendigung		X			

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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kas-seiknr	X			X	
2	Laufende Num-	sequen-				X	

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
	mer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	tial_nr(Admin)@lfdnr					
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X	
§284 (Stammdaten)							
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
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.) ²	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des				X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	(IKNR/BSNR) ⁴	Absenders)@art					
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	State_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
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		X

4 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.

5 Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

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
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X
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			X
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	inpatient_inter-		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
	KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	rupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung					
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

⁶ 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
	gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern						
23	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
24	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsre-	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 Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	levante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam 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

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
26	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedur enschlüssel@ops	X	X	X		X
27	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
§295 (kollektivvertraglich)							
28	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁷	source(295k)@quelle				X	
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁸	cp_type(295k.IN L.1/1.2)@art				X	
30	KV-Region der	kv_key(295k.INL			X	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.

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
	Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁹	.1/1.2)@kvregion					
31	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X				
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	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X

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 Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')						
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
38	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
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
§295 (selektivvertraglich)							
40	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X	
41	Art der Identifikationsnummer	cp_type(295s.Erbrachte Leistung)				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
	des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	gen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer}@art					
42	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
43	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
44	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2				X	

¹⁰ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR oder BSNR. Die BSNR 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 Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art					
45	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹¹	state_key(295s. Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	
46	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
47	Art der Inanspruchnahme	295s.Erbrachte Leistungen / Ein-	X			X	

¹¹ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

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
	des niedergelassenen Arztes	zelfallrechnung.INF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme					
48	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginn-datum	X				
49	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12 .2.2 Letzter Tag	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
		des Abrechnungszeitraums@endedatum					
50	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	X	X		X
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 Kennzahlbezeichnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. 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 ³	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus ⁴	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁵	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶	X			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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 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.

6 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 ⁷	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 ⁸				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ⁹				X	

7 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.

8 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.

9 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
18	Institutionskennzeichen	X			X	
19	entlassender Standort 6-stellig ¹⁰	X	X	X		
20	behandelnder Standort 6-stellig ¹¹	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 ¹²				X	
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹³				X	

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

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

12 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.

13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das

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
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 ¹⁴		X	X		
27	Quartal des Aufnahmetermins ¹⁵	X		X	X	
28	Aufnahmegrund	X				
282 <u>9</u>	Geburtsjahr ¹⁶	X	X	X	X	
293 <u>0</u>	Geschlecht	X	X	X		
303 <u>1</u>	Körpergröße		X	X		

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.

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

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

16 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 Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- aus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezoge- ne Gründe	Follow- up-In- forma- tion
313 <u>2</u>	Körpergewicht bei Auf- nahme		X	X		
323 <u>3</u>	renale Grunderkrankung		X	X		
333 <u>4</u>	Diabetes mellitus		X	X		
343 <u>5</u>	Dauer des Diabetes		X	X		
353 <u>6</u>	Dialysetherapie			X	X	
363 <u>7</u>	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)		X	X		
373 <u>8</u>	Dringlichkeit der Transplan- tation gemäß Medical Ur- gency Code ET-Status		X	X		
383 <u>9</u>	Blutgruppe des Empfängers		X	X		
394 <u>0</u>	Registriernummer des Doku- mentationssystems (Länder- kode + Registrierkode)				X	
404 <u>1</u>	Vorgangsnummer und Da- tensatz-ID ¹⁷	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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- aus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezoge- ne Gründe	Follow- up-In- forma- tion
<u>414</u> <u>2</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁸	X			X	
<u>424</u> <u>3</u>	Versionsnummer				X	
<u>434</u> <u>4</u>	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthal- tes?				X	
<u>444</u> <u>5</u>	durchgeführte Transplanta- tion		X	X	X	
<u>454</u> <u>6</u>	Einzel- oder Doppeltrans- plantation			X	X	
<u>464</u> <u>7</u>	Retransplantation Niere		X	X	X	
<u>474</u> <u>8</u>	Wieviele Nierentransplan- tation?		X	X		
<u>484</u> <u>9</u>	Datum der letzten Nieren- transplantation	X				
<u>495</u> <u>0</u>	Spendertyp		X		X	
<u>505</u> <u>1</u>	Spenderalter		X	X		

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 Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- aus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezoge- ne Gründe	Follow- up-In- forma- tion
51 <u>2</u>	Geschlecht des Spenders		X	X		
52 <u>3</u>	Blutgruppe des Spenders		X	X		
53 <u>4</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X		
54 <u>5</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X		
55 <u>6</u>	Todesursache		X	X		
56 <u>7</u>	OP-Datum	X	X			
57 <u>8</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁹	X	X	X		
58 <u>9</u>	Monat der Operation ²⁰	X	X			
59 <u>0</u>	Operation ²¹	X		X		
60 <u>1</u>	Einsatz eines Perfusionssys- tems		X	X		
61 <u>2</u>	Abbruch der Transplantation			X	X	
62 <u>3</u>	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		X	X		

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

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

21 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 Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- aus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezoge- ne Gründe	Follow- up-In- forma- tion
636 <u>4</u>	kalte Ischämiezeit Niere		X	X		
646 <u>5</u>	kalte Ischämiezeit Pankreas		X	X		
656 <u>6</u>	funktionierendes Nieren- transplantat bei Entlassung		X	X	X	
666 <u>7</u>	postoperative Funktionsauf- nahme des Transplantats			X	X	
676 <u>8</u>	Anzahl postoperativer inter- mittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		X	X		
686 <u>9</u>	Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme		X	X		
697 <u>0</u>	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifi- kation		X			
707 <u>1</u>	Blutung		X	X		
717 <u>2</u>	Reoperation erforderlich		X	X		
727 <u>3</u>	sonstige Komplikationen		X	X		
737 <u>4</u>	Entnahme des Pankreas- transplantats erforderlich		X	X		
747 <u>5</u>	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats		X	X		
757 <u>6</u>	behandlungsbedürftige Ab- stoßung		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- aus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezoge- ne Gründe	Follow- up-In- forma- tion
<u>767</u> <u>7</u>	Abstoßung durch Biopsie ge- sichert		X	X		
<u>777</u> <u>8</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
<u>787</u> <u>9</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
<u>798</u> <u>0</u>	Patient bei Entlassung insu- linfrei?		X	X		
<u>808</u> <u>1</u>	Entlassungsdatum Kranken- haus	X	X			
<u>818</u> <u>2</u>	Quartal des Entlassungsta- ges ²²	X			X	
<u>828</u> <u>3</u>	Entlassungsdiagnose(n) ²³	X	X	X		
<u>838</u> <u>4</u>	Entlassungsgrund	X	X		X	
<u>848</u> <u>5</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X		X	
<u>858</u> <u>6</u>	Todesursache		X	X		

22 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die not-
wendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

23 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 (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. 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 ³	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus ⁴	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁵	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶			X		
14	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ⁷				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 werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 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.

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

7 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

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	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ⁸				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ⁹				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁰				X	
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹¹	X	X		X	

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.

8 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.

9 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.

10 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.

11 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

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	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) an das Transplantationsregister vor?				X	
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 ¹²	X	X	X	X	

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.

¹² 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
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 ¹³	X	X			
30	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁴	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 ¹⁵		X			
36	Monat des Todesdatums ¹⁶				X	
37	Todesursache		X	X		

13 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.

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

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

16 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
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 Transplantation in Tagen ¹⁷		X		X	
43	Monat des Transplantatversagens ¹⁸				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		

¹⁷ 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.

¹⁸ 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
52	Abstand zwischen Beginn der Insulinpflicht nach Transplantatversagen -und Datum der letzten Transplanatation in Tagen ¹⁹				X	
53	Monat des Beginns der Insulinpflicht nach Transplantatversagen ²⁰				X	

¹⁹ 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.

²⁰ 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 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
Administrative Daten							
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 Dienst-	Admin@dienstleister				X	

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
	leisterkennung ¹						
§284 (Stammdaten)							
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@geb-jahr	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des	Stamm@versicherungsdatum				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 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
	Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ²						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungstatus			X	X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR	state_key(301			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 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
	des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland					
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)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	etc.)						
17	Erster Aufnahme-tag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahme-satz.AUF.Aufnahme-tag@aufndatum	X				X
18	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsan-zeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X				X
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel	301.Entlassungsan-zeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungs-			X		X

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
	(Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	grund@entgrund					
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozession	X	X	X		X

⁶ 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 Kran- kenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falli- dentifi- kation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Ba- sisaus- wer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
	der durchge- führten Leis- tung	durenschlüs- sel@ops					
23	Tag der gelie- ferten OPS- Leistung (erst ab 2013 vor- handen)	301.Entlas- sungsan- zeige.FAB.Ope- rations- tag@datum	X	X			X



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den Verfahren
QS PCI und QS NET

Vom 16. Juli 2026

Stand: nach UA QS am 25.03.2026

Legende:

*Dissente Punkte sind **gelb** markiert.*

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweise:

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

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	3
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	3
	Zu § 16 Datenlieferfristen.....	3
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung.....	4
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS PCI).....	10
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)	10
2.3	Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....	11
	Zu § 2 Eckpunkte	11
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	11
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET).....	11
3.	Bürokratiekostenermittlung	12
4.	Verfahrensablauf.....	12

5.	Fazit	13
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	13

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. Gegenstand der Änderungen sind u.a. Anpassungen vor dem Hintergrund des Krankenhaustransparenzgesetzes.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

Die Ergänzung beschränkt die vorgesehene Pseudonymisierung auf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren, da im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1a:

GKV-SV	DKG/KBV
Gemäß Krankenhaustransparenzgesetz müssen die Leistungserbringerkennzeichen der Krankenhäuser in den Datenflüssen der DeQS-RL nicht mehr pseudonymisiert werden. Daher entfällt diese Aufgabe der Datenannahmestellen (DAS). Für die	Es erfolgt keine Änderung, da leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser bei Übermittlung an die Versendestelle zur Durchführung von Patientenbefragungen weiterhin pseudonymisiert werden (vgl. auch

Versendedaten, die von den Krankenhäusern über die DAS an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden, wird daher ebenfalls keine Leistungserbringerpseudonymisierung vorgenommen. Eine in dieser Hinsicht von den sonstigen QS-Daten (QS-Dokumentationsdaten der Krankenhäuser) abweichende Behandlung der Versendedaten ist nicht erforderlich. Die Pseudonymisierung der Krankenhausstandorte vor Eingang der Daten in der Versendestelle würde zwar verbergen, wo eine Patientin behandelt wurde. Allerdings werden die Klardaten zu den Patientinnen – Name und Adresse – ohnehin von den Behandlungsdaten (inkl. LE-Kennzeichen) getrennt in einem separaten Container übermittelt und werden auch in der Versendestelle in einem eigens separierten gesicherten Bereich verarbeitet, so dass die Identität der Patientinnen weiterhin umfassend geschützt ist. Hingegen sinkt durch den Wegfall der Pseudonymisierung das Risiko für Fehler in der Datenverarbeitung und ebenso der Aufwand.	Änderungen in Teil 1 § 9 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 der Richtlinie). Die Pseudonymisierung leistungserbringeridentifizierender Daten der Krankenhäuser durch die Datenannahmestellen (DAS) wird aufgehoben mit Ausnahme bei Übermittlung solcher Daten an die Versendestelle zur Durchführung von Patientenbefragungen. Damit wird dem mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten § 299 Absatz 1 Satz 12 SGB V entsprochen. Ausweislich der Gesetzesbegründung kann „auf eine Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten der Krankenhäuser durch die Datenannahmestellen vor Weiterleitung an die Bundesauswertungsstelle verzichtet werden.“ Vor einer Weiterleitung der Daten an die Versendestelle zur Durchführung von Patientenbefragungen sind leistungserbringeridentifizierenden Daten der Krankenhäuser weiterhin zu pseudonymisieren, da es nicht erforderlich ist, dass die leistungserbringeridentifizierenden Daten der Krankenhäuser bei der Versendestelle im Klartext vorliegen und durch eine Pseudonymisierung der Schutz der gesundheitsbezogenen Daten der Patientinnen und Patienten – in diesem Fall der Information, bei welcher Leistungserbringerin bzw. welchem Leistungserbringer die Patientin bzw. der Patient in Behandlung war – besser gewährleistet werden kann.
---	--

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

Zu Absatz 7:

GKV-SV	DKG/KBV
Die Änderung wird damit begründet, dass es sich bei der tabellarischen Aufstellung der Anzahl der übermittelten Patientendatensätze aufgrund der	Es erfolgt keine Änderung, da auch leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser bei Übermittlung an die Versendestelle zur Durchführung von

wegfallenden Pseudonymisierung des LE-Kennzeichens für Krankenhäuser (siehe § 16 Abs. 1a) nicht mehr in jedem Fall um eine Anzahl je Leistungserbringerpseudonym handelt. „Leistungserbringerin oder Leistungserbringer“ wird hier als Sammelbegriff für die pseudonymisierten und nicht-pseudonymisierten LE-Kennzeichen verwendet.	Patientenbefragungen weiterhin pseudonymisiert werden (vgl. zu § 16 Absatz 1a).
--	---

Zu Absatz 9:

Die Patientenbefragung im Qualitätssicherungsverfahren QS PCI ist am 1. Juli 2022 als erste Patientenbefragung gemäß DeQS-RL gestartet. Mit dem Erfassungsjahr 2026 endet die viereinhalbjährige Erprobung der Patientenbefragung. Die Erprobung und ihre wissenschaftliche Begleitung durch das IQTIG haben gezeigt,

GKV-SV/DKG/KBV		PatV
dass grundlegende Anpassungen in der DeQS-RL notwendig sind, um die		dass Anpassungen in der DeQS-RL notwendig sind, um die
GKV-SV/DKG	KBV	PatV
Ergebnisse aus der Patientenbefragung zielführend für die Qualitätssicherung nutzen zu können. Hierzu gehören u. a. Anpassungen der Regelungen zum Umgang mit rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen und zum Vorgehen bei der qualitativen Bewertung. Weiterhin erscheint eine Überprüfung der Eigenschaften des Fragebogens basierend auf der mittlerweile vorliegenden Datenbasis angezeigt.	Patientenbefragung insgesamt wirksamer für die Qualitätssicherung nutzen zu können. Hierzu gehören insbesondere folgende Anpassungen: a) Anpassungen der Regelungen zum Umgang mit rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen und zum Vorgehen bei der qualitativen Bewertung. b) Überprüfung der Eigenschaften des Fragebogens basierend auf Grundlage der inzwischen vorliegenden Datenbasis (gegebenenfalls unter Einbezug eines externen wissenschaftlichen Instituts)	Ergebnisse der Patientenbefragung zielführend für die Qualitätssicherung nutzen zu können. Dies betrifft primär und insbesondere die Regelungen zur qualitativen Bewertung. Dadurch, dass die Patientenbefragung die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten widerspiegelt, kommt dem Verfahren der qualitativen Beurteilung eine andere Rolle als bisher, d.h. bei der Bewertung der von Leistungserbringern generierten Daten, zu. Es geht nicht darum, rechnerische Ergebnisse einer qualitativen Bewertung zuzuführen. Es geht auch nicht darum festzustellen, inwieweit ein von Patientinnen und Patienten beschriebenes

	c) Erhöhung der Verständlichkeit und Transparenz der Rechenregeln in Bezug auf die Indikatoren und deren Items im Rahmen der Patientenbefragung für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. d) die Ableitung von Handlungsanschlüssen auf Grundlage der Bewertung der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Patientenbefragung. e) Überprüfung und Weiterentwicklung der Darstellung der Ergebnisse in sämtlichen Berichtsformaten sowie die Bewertungskategorien.	Verbesserungspotenzial „tatsächlich“ vorliegt. Sondern es geht darum, zu bewerten, ob die Ergebnisse der Patientenbefragung von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entsprechend genutzt werden, um bei ihrer Versorgungsleistung den medizinisch berechtigten und relevanten Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Insofern bedarf es einer anderen Bewertungs- und Betrachtungslogik und anderen Prozessen als derzeit in Teil 1 der DeQS-RL normiert. Hierzu wird der G-BA bis zum 31. Dezember 2026 ergänzende Regelungen treffen. Alle notwendigen Anpassungen können im laufenden Betrieb vorgenommen werden. Der Abschlussbericht 2026 des IQTIG zur Wissenschaftliche Begleitung der Erprobung der Patientenbefragung vom 15. Januar 2026 im Verfahren QS PCI beschreibt die Patientenbefragung als valides Fragebogeninstrument. Änderungsbedarfe, welche zur Begründung einer Notwendigkeit einer Aussetzung der Datenerhebung herangezogen werden könnten sind darin nicht
--	--	--

		erkennbar. Eine Aussetzung wird weder empfohlen noch überhaupt erwogen. Das IQTIG hat zudem in den Beratungen auf weitreichende Risiken hingewiesen, die sich durch eine Aussetzung der Datenerhebung für Patientenbefragungen als Datenquelle der externen QS ergeben können: Die Seitens der Leistungsbringer und Landesarbeitsgemeinschaften/Fachkommissionen vorgebrachte Kritik an der Patientenbefragung stünden in weiten Teilen im Zusammenhang mit einem bisher noch ungewohnten Umgang mit den Ergebnisse der Patientenbefragung sowie der Form der Ergebnisdarstellung und den bisherigen Aufwänden beim Stellungnaheverfahren. Insbesondere deshalb könnte eine Aussetzung der Einübung eben diesen Umgangs im Wege zu stehen und diesen nicht nur unnötig in die Länge ziehen, sondern aufgrund unklarer Signale an die Versorgung erschweren; schlimmstenfalls beschädigen oder unterminieren. Demgegenüber könne eine weiterhin jährliche und kontinuierliche Datenerfassung bei den Patientinnen und Patienten mit anschließender Ergebnisrückmeldung an die Leistungserbringer inkl. unterjährigen
--	--	---

		Rückmeldungen in den Zwischenberichten zu Quartal 2 (erstmalig 2026) den bereits angestoßenen Lernprozess bei den Leistungserbringern fördern, die Ergebnisse der Patientenbefragung für Qualitätsverbesserungen in den Einrichtungen zu verwenden. Notwendige Änderungen in der Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens bei Patientenbefragungen und die Adressierung von damit einhergehenden Kritikpunkten könnten getrennt von der Datenerfassung und Ergebnissrückmeldung angegangen werden. Das IQTIG habe hierzu bereits verschiedene Anpassungen für das anstehende Stellungnahmejahr 2026 vorgenommen. So stünden z. B. maschinenlesbare Dokumente für die Bildung von QI-Gruppen ab dem Stellungnahmeverfahren 2026 bereit. Zudem sei zum aktuellen Zeitpunkt nach Einschätzung des IQTIG eine getrennte Betrachtung von Datenerfassung/Ergebnissrückmeldung und Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens bei der Patientenbefragung OS PCI zielführend. Zudem liege eine lückenlose Datengrundlage für gezielte Nachjustierungen in der Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens vor. Alle notwendigen Änderungen und
--	--	---

		Anpassungen könnten im laufenden Betrieb erfolgen. Darüber hinaus gilt, dass die Aufwände, welche für die Patientenbefragung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entstehen - die ohnehin den Klassik-Teil des Verfahrens dokumentieren - überschaubar sind. Die generierten Daten werden ferner stets von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für ihre Qualitätsverbesserungen und von den Patientinnen und Patienten für die Leistungserbringerauswahl genutzt werden. Insbesondere, da die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch die Quartalsberichte nun auch möglichst zeitnah und unterjährig mit ihren Ergebnissen der Patientenbefragung arbeiten können sollen, würde eine unbegründete Aussetzung der Datenerhebung der Möglichkeit einer zeitnahe Qualitätsverbesserung zuwiderlaufen.
--	--	---

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
Um im Zeitraum der Weiterentwicklung keine weiteren Aufwände für die Datenerfassung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu verursachen, findet im Erfassungsjahr 2027 keine Patientenbefragung im Verfahren QS PCI statt. Bis zum 31. Dezember 2026 wird der G-BA die Regelungen zur	Bis zum 31. Dezember 2026 wird der G-BA die Regelungen zur Patientenbefragung in

Patientenbefragung in QS PCI überarbeiten, damit zukünftig eine zielführende Nutzung für die Qualitätssicherung erfolgen kann.	QS PCI überarbeiten, damit spätestens im Auswertungsjahr 2028 mit den Daten aus dem Erfassungsjahr 2027 diese Regelungen vollständig greifen können und zukünftig eine zielführende Nutzung für die Qualitätssicherung auch im Rahmen der qualitativen Bewertung erfolgen kann.
--	---

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (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 16. Juli 2026 beschlossenen prospektiven Rechenregeln (dort Anlage 3 – IQTIG: Empfehlungen zu Änderungen an den Rechenregeln EJ 2027. QS-Verfahren 1 und 4 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) 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 16. Juli 2026 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2027 zu QS-Verfahren 1 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen) verwiesen.

Zu Buchstabe c Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung:

Zum Datenfeld „Name der Einrichtung für Anschreiben“:

GKV-SV	DKG/KBV
Gemäß den Erläuterungen zur Spezifikation 2027, S. 7, empfiehlt das IQTIG den Namen der Einrichtung für die Patientenbefragung QS PCI dokumentieren zu lassen, um diesen im Anschreiben für die Patientinnen und Patienten aufzuführen. Diese Empfehlung erfolgt analog zu den Empfehlungen zur fallbezogenen Dokumentation der Leistungserbringer für die Patientenbefragung QS ambulante Psychotherapie. Auch vor dem Hintergrund von Verbringungsleistungen wird das Anschreiben für die Patientinnen und Patienten dadurch optimiert. Die Dokumentation seitens der Leistungserbringer umfasst außerdem einen Ausfüllhinweis, der darüber informiert, dass der zu dokumentierende Name der Einrichtung für das Anschreiben der Patientenbefragung verwendet wird. Aufgrund der Möglichkeit, das Datenfeld	Das Datenfeld „Name der Einrichtung für Anschreiben“ wird nicht eingeführt, weil es nicht erforderlich ist und somit unnötigen Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern verursachen würde, zumal das Datenfeld für jede Prozedur als Freitext befüllt werden müsste und es für den Freitext keine standardisierte Vorgabe gibt (es gibt keine standardisierten Namen für Krankenhäuser oder Arztpraxen; lediglich das Institutionskennzeichen bzw. die Betriebsstättennummer sind standardisiert). Im Anschreiben an die Patientinnen und Patienten wird die Art der Untersuchung bzw. des Eingriffs und das Datum erwähnt. Anhand dieser Angaben, ist es für Patientinnen und Patienten möglich zu erkennen, auf welche Behandlung sich die Fragen beziehen. Patientinnen und Patienten erhalten zudem selten mehrere

automatisch zu befüllen kann die manuelle Befüllung des Datenfeld für jeden einzelnen Versendedatensatz, die aufwändig und ggf. fehlerträchtig wäre, vermieden werden.	Koronarangiographien oder PCI in kurzen zeitlichen Abständen, sodass das Verwechslungspotenzial zwischen Behandlungen gering ist.
--	---

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 8:

Zu Satz 3:

DKG
Der Zeitpunkt, zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS NET verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS NET wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des G-BA vom 21. April 2022 (https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/) weiterentwickelt. Der G-BA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Juli 2025 zur Veröffentlichung freigegeben (https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/). Am 5. November 2025 hat der G-BA das IQTIG mit einer Weiterentwicklung des Moduls Dialyse im Verfahren QS NET beauftragt (https://www.g-ba.de/beschluesse/7523/). Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

Die Ergänzung beschränkt die vorgesehene Pseudonymisierung auf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassene medizinische Versorgungszentren, da im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

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 16. Juli 2026 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2027 zu QS-Verfahren 1 und 4 nach DeQS-RL – Erläuterungen) verwiesen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und 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 Leistungserbringerinnen und 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 13. Januar 2026 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In fünf Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
13. Januar 2026	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
10. März 2026	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
25. März 2026	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
12. Mai 2026	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
3. Juni 2026	UA QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
16. Juli 2026	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 des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Teil 2 der DeQS-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 27. März 2026 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 24. April 2026.

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**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 3. Juni 2026 durchgeführt (**Anlage 4**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde am T. Monat JJJJ fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2026 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 stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren QS PCI und QS NET sowie versandte Tragende Gründe

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

Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 16. Juli 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

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

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +492289977998238

E-Mail: BS4@bfdi.bund.de

Aktenz.: BS4-315/072#1610

(bitte immer angeben)

Dok.: 45274/2026

Anlage:

Bonn, 23.04.2026

**Änderungen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung: Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den
Verfahren QS PCI und QS NET**

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

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Zu o. g. Beschlussentwurf
sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

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