

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 3, 5 bis 15 und 20

Vom 16. Juli 2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	4
2.	Eckpunkte der Entscheidung	4
2.1	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE).....	4
	Zu § 2 Eckpunkte	4
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	4
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE).....	5
2.2	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	5
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)	5
2.3	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK).....	6
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	6
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)	6
2.4	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS).....	6
	Zu § 2 Eckpunkte	6
	Zu § 19 Übergangsregelung.....	6
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)	7
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)	7
2.5	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).....	7
	Zu § 2 Eckpunkte	7
	Zu § 19 Übergangsregelung.....	7
2.6	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	8
	Zu § 2 Eckpunkte	8
	Zu § 19 Übergangsregelung.....	8
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)	8
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC).....	8

2.7	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	8
	Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens	8
	Zu § 2 Eckpunkte	9
	Zu § 3 Begründung der Vollerhebung	10
	Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten	10
	Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	11
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	11
	Zu § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie	12
	Zu § 14 Fachkommissionen	12
	Zu § 16 Datenlieferfristen	12
	Zu § 17 Fristen für Berichte	13
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung (neu):	13
	Zu § 19 Übergangsregelung (alt)	16
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP)	16
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)	17
2.8	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	17
	Zu § 2 Eckpunkte	17
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)	17
2.9	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	17
	Zu § 2 Eckpunkte	17
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)	18
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)	18
2.10	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	18
	Zu § 2 Eckpunkte	18
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	18
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS PM)	19
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)	19
2.11	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	19
	Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens	19
	Zu § 2 Eckpunkte	20
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	20
	Zu Absatz 2 (neu):	20
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HGV)	20
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)	20
2.12	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	21
	Zu § 2 Eckpunkte	21
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	21
	Zu Absatz 2 (neu):	21
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS KEP)	21
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)	21

2.13	Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)	22
	Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten	22
	Zu § 17 Fristen für Berichte	22
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)	22
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)	22
3.	Bürokratiekostenermittlung	23
4.	Verfahrensablauf	23
5.	Fazit	24
6.	Zusammenfassende Dokumentation	24

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

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert.

2.1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 6:

Der Zeitpunkt, zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS CHE verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS CHE wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Juli 2025 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden zum Erfassungsjahr 2027 in Kraft getreten. 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.

Für das Verfahren QS CHE werden die Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösung mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS CHE 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS CHE 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

Absatz 2 wird gestrichen, da in dem Verfahren QS TX nur leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser erhoben werden und diese im Zuge der Einfügung des neuen Satzes 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS TX 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

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.

Für das Verfahren QS KCHK werden die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösung mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KCHK 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS KAROTIS verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS KAROTIS wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 19 Übergangsregelung

Es erfolgt eine Streichung der Übergangsregelung, da diese nicht mehr erforderlich ist.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS KAROTIS 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KAROTIS 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS CAP verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS CAP wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und eine vorübergehende Aussetzung von QS CAP beschlossen zwecks Umstellung des Verfahrens auf die Nutzung von Sozialdaten (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 in Kraft getreten (vgl. zu § 19 Übergangsregelung). Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 19 Übergangsregelung

Die vom GBA mit seinem Beschluss vom 17. Oktober 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>) avisierte Weiterentwicklung von QS CAP zu einem Verfahren, das nur auf Sozialdaten beruht, ist noch nicht abgeschlossen. Daher findet die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erhebung und Übermittlung von Daten auch für das Erfassungsjahr 2027 keine Anwendung.

2.6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS MC verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS MC wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 19 Übergangsregelung

Es erfolgt eine Streichung der Übergangsregelung, da diese nicht mehr erforderlich ist.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS MC 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS MC 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

Zu Absatz 1:

Zu Satz 2:

Die mit dem Qualitätssicherungsverfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) betrachteten Eingriffe werden in Satz 2 Buchstabe b um Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung, die bei gesetzlich versicherten Patientinnen ab 18 Jahren erbracht werden, erweitert.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Für die neu in QS GYN-OP betrachteten Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung wird in Satz 1 Buchstabe d ein weiterer qualitätsrelevanter Aspekt ergänzt. Dieser Qualitätsaspekt ergibt sich aus dem Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung zu Hysterektomien vom 15. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7037/>).

Zu Satz 3:

Für die neu in QS GYN-OP betrachteten Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung wird in Satz 3 Buchstabe d ein weiteres Ziel des Verfahrens ergänzt. Dieses Ziel ergibt sich aus dem Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung zu Hysterektomien vom 15. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7037/>).

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 2 (neu):

Der neue Satz 2 legt fest, dass die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bisher mit dem Verfahren QS GYN-OP betrachteten Operationen an den Eileitern und Eierstöcken weiterhin auf der Basis von Daten aus der Qualitätssicherungs-Dokumentation der Krankenhäuser erfolgt. Für diese Eingriffe ist weiterhin ein QS-Dokumentationsbogen auszufüllen.

Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 legt fest, dass für die neu betrachteten Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung die Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Basis einer Patientenbefragung erfolgt. Für die vom Krankenhaus behandelten Patientinnen mit Hysterektomie bei einer benignen Erkrankung müssen die Versendedaten für die Patientenbefragung an die Versendestelle übermittelt werden. Eine gesonderte Qualitätssicherungs-Dokumentation findet nicht statt.

Zu Absatz 5:

Zu Satz 3:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS GYN-OP verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS GYN-OP wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Juli 2025 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der weitgehenden Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden zum Erfassungsjahr 2027 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu Satz 4 (neu):

Die Betrachtung von Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung mittels einer Patientenbefragung in QS GYN-OP startet zum 1. Januar 2027. Der neue Satz 4 legt fest, dass für die Bewertung der Zielerreichung der Patientenbefragung die Vorgaben für die in § 19 Absatz 8 geregelte Erprobung der Patientenbefragung gelten.

Zu § 3 Begründung der Vollerhebung

Zu Absatz 2 (neu):

Im neuen Absatz 2 wird abweichend von Absatz 1 festgelegt, dass für die Patientenbefragung eine Stichprobe gezogen wird, da die in Absatz 1 genannten methodischen Gründe für eine Vollerhebung hier nicht zutreffen. Die Indikatoren der Patientenbefragung adressieren keine Themen, die nur sehr wenige Patientinnen betreffen.

Stichprobenumfang und Vorgehensweise bei der Stichprobenziehung werden gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 Buchstabe g vom Institut nach § 137a SGB V empfohlen. Den Empfehlungen im Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung zu Hysterektomien vom 15. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7037/>) folgend wird ein nach Fallzahl der einzelnen Leistungserbringerin bzw. des einzelnen Leistungserbringers differenziertes Verfahren festgelegt und von der Versendestelle umgesetzt.

Ausgangspunkt für die Festlegung des Stichprobenumfangs ist eine Poweranalyse. Mittels einer solchen statistischen Vorab-Berechnung wird ermittelt, wie viele gültige Rückmeldungen mindestens benötigt werden, damit ein tatsächlicher Unterschied zwischen zwei Werten – hier Indikatorwert und Referenzbereich/-wert - mit ausreichend hoher Sicherheit erkannt werden kann. Für die Patientenbefragung in QS GYN-OP wurde berechnet, wie viele gültige Rückmeldungen erforderlich sind, um einen Unterschied zwischen einem beispielhaften Indikatorwert von 85 Punkten und einem Referenzwert von 95 Punkten nachweisen zu können. Dabei wurde eine Teststärke von 80 % zugrunde gelegt. Das bedeutet, dass ein tatsächlich vorhandener Unterschied mit einer Wahrscheinlichkeit von 80 % auch wirklich erkannt wird. Gleichzeitig wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % angesetzt. Sie beschreibt das Risiko, einen Unterschied festzustellen, obwohl in Wirklichkeit gar keiner besteht. Die Poweranalyse ergab, dass unter diesen Annahmen mindestens 67 gültige Rückmeldungen notwendig sind. Nimmt man eine Rücklaufquote von 30 % an, müssen 200 Patientinnen zu der Befragung eingeladen werden, um 67 gültige Rückmeldungen zu erhalten. Daraus leitet sich ab, dass bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Fällen im Jahr eine Vollerhebung zu erfolgen hat, während bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit mehr als 200 Fällen im Jahr eine Stichprobenziehung genügt und aus Effizienzgründen auch vorzuziehen ist.

Zu beachten ist, dass auch bei weniger als 67 gültigen Rückmeldungen statistisch signifikante Abweichungen vom Referenzwert festgestellt werden können. Mit abnehmender Anzahl gültiger Rückmeldungen steigt jedoch die statistische Unsicherheit, was sich in breiteren Konfidenzintervallen und einer geringeren Teststärke zeigt. Daher müssen die beobachteten Abweichungen zwischen Indikatorwert und Referenzwert bei einer kleineren Anzahl gültiger Rückmeldungen in der Regel größer sein, um statistische Signifikanz zu erreichen.

Von der statistischen Unsicherheit – also der zufallsbedingten Schwankung des Ergebnisses – ist eine mögliche Verzerrung – also eine systematische Verschiebung des Ergebnisses in eine bestimmte Richtung – zu unterscheiden. Das Risiko für eine Verzerrung steigt nicht automatisch allein durch eine kleinere Anzahl gültiger Rückmeldungen, kann aber bei wenigen Rückmeldungen stärker ins Gewicht fallen.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zu Absatz 1:

Satz 1 wird um Buchstabe b ergänzt, da mit der Einführung der Patientenbefragung auch Daten von Patientinnen verarbeitet werden.

Mit der Konkretisierung in Satz 2 wird klargestellt, dass in Anlage II die bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erhobenen für Zwecke der Qualitätssicherung erforderlichen Daten aufgelistet sind. Die normative Auflistung dieser Daten, zu deren Verarbeitung die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer befugt und verpflichtet sind, entspricht den Vorgaben in § 299 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Der neue Satz 3 regelt, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für die Durchführung von Patientenbefragungen nunmehr auch personenbezogene Versendedaten der Patientinnen verarbeiten. Diese Versendedaten werden in Anlage II Buchstabe b aufgelistet.

Die Anlage II enthält keine Angaben zu den durch Patientenbefragungen bei den Patientinnen erhobenen Daten. Diese Befragungsdaten werden gemäß dem neuen Satz 4 in der vom Institut nach § 137a SGB V zu erstellenden und vom GBA zu beschließenden Spezifikation nach § 5 Absatz 2 vorgegeben.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2:

Um die Patientenbefragung umsetzen zu können, sind technische Vorgaben und Softwarespezifikationen auch für die Erhebung und Übermittlung der erforderlichen Daten für Patientenbefragungen und für die softwaregestützte Auswahl der zu befragenden Patientinnen (Stichprobenziehung) aus der Grundgesamtheit der bei der Versendestelle eingegangenen Datensätze erforderlich und vom Institut nach § 137a SGB V zu entwickeln. Dies gilt ebenso für Vorgaben zu den Befragungsunterlagen selbst (z. B. Layout), die entscheidend u. a. für das automatische Einlesen von Fragebögen sind.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Zu Satz 1:

Satz 1 wird um Buchstabe b ergänzt, da mit der Einführung der Patientenbefragung auch Daten von Patientinnen als Grundlage für die Rückmeldeberichte und Auswertungen dienen.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

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

Zu Absatz 3:

Die Ergänzung in Satz 1 stellt klar, dass die Zwischenberichte Auswertungen basierend auf Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation enthalten.

Der neue Satz 2 regelt, dass in den Zwischenberichten auch ausgewiesen wird, wie viele Datensätze für die Patientenbefragung übermittelt wurden.

Der neue Satz 3 regelt, dass Befragungsdaten aus der Patientenbefragung als Datenquelle für den Zwischenbericht zum 30. September (Quartal 1 und 2) genutzt werden, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auch zu den Qualitätsindikatoren aus der Patientenbefragung unterjährige Rückmeldungen erhalten. Für die Daten aus der Patientenbefragung ist abzuwägen, zwischen dem Schutz der Anonymität der Befragung, der durch kleinere Fallzahlen und einen engeren zeitlichen Zusammenhang zwischen Behandlung,

Befragung und potenzieller Rückmeldung von Ergebnissen in Zwischenberichten verringert würde, und dem Interesse der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement. Daher sind die Daten aus der Patientenbefragung zunächst nur halbjährig im Zwischenbericht zum 30. September enthalten. Im Verlauf der Erprobung erfolgt eine Prüfung, ob das Ausweisen der Daten aus der Patientenbefragung auch in den übrigen Zwischenberichten (Quartal 1 sowie Quartal 1 bis 3) vertretbar ist.

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

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

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

Zu § 14 Fachkommissionen

Zu Satz 2 (neu):

Durch den neuen Satz 2 soll sichergestellt werden, dass alle Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser und Krankenkassen in den Fachkommissionen Fachkenntnisse in der operativen und konservativen Behandlung der Erkrankungen und Eingriffe haben, die mit dem Qualitätssicherungsverfahren adressiert werden, und somit über die nötige medizinische Fachkompetenz zur Beurteilung der Qualitätsindikatorergebnisse verfügen.

Zu Satz 4 (alt):

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Mit dem Verweis auf Anlage II Buchstabe a wird eine Einschränkung der bisherigen Vorgaben auf die Daten der QS-Dokumentation vorgenommen, da für die Versendedaten – nun Anlage II Buchstabe b – andere Vorgaben für die Datenlieferfristen gelten.

Zu Absatz 2 (neu):

Die monatliche Datenlieferfrist für die Versendedaten nach Anlage II Buchstabe b ist methodisch begründet und impliziert, dass die Dokumentation und der Export der für die Patientenbefragung erforderlichen Daten von den vierteljährlichen Datenlieferungen der QS-Dokumentationsdaten im Verfahren QS GYN-OP abgekoppelt wird. Die Versendedaten dienen dazu, in der Versendestelle den Versand von Fragebögen an diejenigen Patientinnen zu ermöglichen, die im vergangenen Monat aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Im Abschlussbericht des IQTIG¹ werden die Ergebnisse der Fragebogenentwicklung dargestellt. Demnach wäre ein Erinnerungszeitraum von drei bis zu zwölf Wochen für den entwickelten Fragebogen aus Sicht des IQTIG empfehlenswert, um belastbare Ergebnisse bzw. Antworten zu erhalten. Fehlende Erinnerungsleistung zeigte sich durch eine zunehmende Anzahl

1 IQTIG (2024): Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Hysterektomie

fehlender Antworten. Zudem bezieht sich die Befragung auf Informationen und Entscheidungsfindungsprozesse, die bereits vor dem Eingriff stattgefunden haben und zu denen qualitätsrelevante Details erfragt werden. Daher sind kurze Erinnerungszeiträume anzustreben. Eine monatliche Datenlieferung führt zu wesentlich kürzeren Erinnerungszeiträumen als beispielsweise eine quartalsweise Übermittlung, und zu weniger Heterogenität der Erinnerungszeiträume zwischen den Befragungsteilnehmern. Postlaufzeiten und Erinnerungsschreiben müssen hierbei miteingerechnet werden.

Um den angestrebten kurzen Erinnerungszeitraum zu erreichen, muss der Fluss der Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu den Datenannahmestellen und weiter zur Versendestelle einschließlich der Datenprüfungen so schnell wie möglich erfolgen. Aufgrund der weitestgehend automatisierten Verarbeitung der Daten ist dies innerhalb von ein bis zwei Werktagen möglich. Es wird eine 7-tägige Korrekturfrist eingeräumt, um Fehlermeldungen, die als Ergebnis der Prüfungen der Datenannahmestelle (DAS) und insbesondere der Versendestelle bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eingehen, auswerten und korrigierte Datensätze übermitteln zu können. Die kurze Korrekturfrist erscheint ausreichend, da der Versendedatensatz relativ klein ist, da Datenprüfungen bereits beim Datenexport durchgeführt werden und da die Datenprüfungen und Erstellung von Datenflussprotokollen bei allen Empfängern automatisiert in sehr kurzer Zeit erfolgen.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 2 (neu):

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Bundesauswertung und die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser nun neben den Auswertungen für die Indexeingriffe des Verfahrens QS GYN-OP auch die Ergebnisse der Patientenbefragung, bezogen auf die Indexeingriffe desselben Erfassungsjahres wie in der QS-Dokumentation, enthalten.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Die Streichung betrifft eine abgelaufene Frist.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 2:

Die Ergänzung ist analog zu Absatz 1 Satz 2, hier bezogen auf den Bundesqualitätsbericht.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung (neu):

Zu Absatz 1:

Die Versendestelle verarbeitet die von den Datenannahmestellen übermittelten Daten entsprechend dem etablierten Vorgehen gemäß § 7 und der Anlage zu Teil 1 § 4a Absatz 1 und 1a der Richtlinie. Das etablierte Vorgehen fußt darauf, dass sich die Versendedaten aus zwei Teilen (Containern) zusammensetzen. Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Buchstabe a DeQS-RL – die für die Auswahl der zu Befragenden erforderlichen Daten entsprechend der Kennzeichnung in der Erforderlichkeitstabelle – werden nach Eingang in der Versendestelle unverzüglich entschlüsselt und auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft, und es wird ein Datenflussprotokoll versendet.

Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Buchstabe b DeQS-RL– die Adressdaten – werden gemäß Anlage zu Teil 1 § 4a Absatz 1a der Richtlinie erst nach der Stichprobenziehung (siehe § 19 Absatz 2) und nur bei den für die Patientenbefragung ausgewählten Datensätzen durch den räumlich-organisatorisch unabhängigen Bereich zum Zweck der weiteren Verarbeitung entschlüsselt, d.h. Druck der Befragungsunterlagen und Bereitstellung zum Versand durch die Versendestelle.

Zu Absatz 2:

Gemäß § 299 Absatz 4 SGB V wird festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten durch die zentrale Versendestelle erfolgt. Im Fall der Patientenbefragung in QS GYN-OP zu Hysterektomie empfiehlt das IQTIG eine Zufallsstichprobe zu ziehen.

Die monatliche Ziehung ist mit der Orientierung an der monatlichen Datenlieferfrist zu begründen. Analog zu der unverzüglichen Datenverarbeitung auf dem Weg zur Versendestelle müssen die Daten auch in der Versendestelle zügig verarbeitet werden (Datenannahme und -prüfung, nach Ende der Korrekturfrist unverzügliche Stichprobenziehung, Druck und Bereitstellung zum Versand), um zu gewährleisten, dass die Befragungsunterlagen die Patientin schnellstmöglich erreichen.

Die Stichprobenziehung wird durch den vom IQTIG bereitgestellten Algorithmus softwaregestützt durchgeführt. Wesentliche Änderungen am Algorithmus müssen, da sie Bestandteil der Spezifikation sind, vom GBA beschlossen werden.

Mithilfe von wissenschaftlichen Fallzahlberechnungen empfiehlt das IQTIG einen jährlichen Stichprobenumfang von ca. 200 Patientinnen je Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer, um aussagekräftige Indikatorergebnisse berechnen zu können (siehe Abschlussbericht des IQTIG). Der monatliche Stichprobenumfang je Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer beläuft sich daher auf 17 Fälle, wobei monatliche Anpassungen entsprechend der tatsächlich übermittelten Anzahl der Versendedatensätze vorgenommen werden.

Für eventuelle Patientenbefragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung gemäß § 19 Absatz 8 Satz 7 können weitere Stichproben gezogen werden, z.B. um verschiedene Befragungszeitpunkte zu testen. Der notwendige Umfang zusätzlicher Stichproben kann erst mit Vorliegen von Datenlieferungen nach Beginn der Erprobung der Patientenbefragung abgeschätzt werden. Der GBA trifft zur Festlegung des Umfangs zusätzlicher Stichproben nach dem ersten Erfassungsjahr weitere Regelungen.

Zu Absatz 3:

Für die Patientenbefragung des Verfahrens QS GYN-OP zu Hysterektomie hat das IQTIG einen Fragebogen entwickelt, der für alle eingeschlossenen Patientinnen verwendet werden kann. Anhand der gelieferten Versendedaten erstellt die Versendestelle die Befragungsunterlagen (Fragebogen, Anschreiben mit Rücksendedatum 20 Tage nach Versand, Informationsblatt und Rückkuvert).

Um den Schutz der personenbezogenen Daten zu gewährleisten, werden die Befragungsunterlagen von der Versendestelle dem Postdienstleister in bereits verschlossenen Umschlägen übergeben, die zudem keinerlei Hinweise auf den Inhalt der Sendung enthalten. Der beiliegende Rücksendeumschlag ist bereits freigemacht, so dass der Befragten keine Kosten entstehen. Die Anonymität der Befragung wird dadurch gesichert, dass der Fragebogen keinerlei Hinweise auf die Identität der Befragten enthält, sondern mit einer zufälligen Fragebogen-ID gekennzeichnet wird, und dass der Rücksendeumschlag lediglich mit der Adresse der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) bedruckt ist.

Gemäß § 299 Absatz 4 Satz 3 SGB V ist es zudem Aufgabe der Versendestelle, auch die Befragungsunterlagen für Patientinnen, die ggf. im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung benötigt werden, zu erstellen und zu versenden.

Zu Absatz 4:

Um die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen zu erhöhen, wird gemäß den Empfehlungen des IQTIG ein gezieltes Erinnerungsverfahren etabliert. Hierbei übermittelt die Fragebogenannahmestelle beim IQTIG kontinuierlich werktäglich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle.

Die Versendestelle gleicht die IDs der eingegangenen Fragebögen mit den IDs der versendeten Fragebögen automatisiert ab und erstellt bei fehlendem Rücklauf Erinnerungsschreiben, ohne den Fragebogen erneut beizulegen. Ist nach Ablauf der Rücksendefrist weiterhin kein Fragebogen eingegangen, wird ein weiteres Erinnerungsschreiben, nun mit Fragebogen und Rücksendeumschlag, versendet.

Die Bezeichnung „werktäglich“ ist hierbei als montags bis freitags zu verstehen. Hiervon ausgenommen sind gesetzliche Feiertage am Sitz der Bundesauswertungsstelle. Wenn die Frist für den Versand von Erinnerungsschreiben auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt, gilt § 193 BGB entsprechend. In diesem Fall tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag.

Zu Absatz 5:

Aus den wissenschaftlich begründeten Empfehlungen des IQTIG zu Erinnerungszeiträumen und den damit zusammenhängenden Datenliefer- und -verarbeitungsfristen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Datenannahmestellen und Versendestelle und den individuellen Rücksendefristen für die Befragten ergibt sich ein Befragungszeitraum von insgesamt 3-12/13 Wochen nach dem Indexeingriff. Durch die vom IQTIG empfohlene Ausschlussfrist von 12 Wochen nach Eingriffsdatum für eingehende Fragebögen (ca. fünf Wochen nach Erstversand des Fragebogens) wird die Validität und Vergleichbarkeit der Antworten durch in etwa homogene Erinnerungszeiträume gesichert.

Die genannten Rücksende- und Ausschlussfristen gelten nicht für Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung. Für Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitungen können andere Rücksende- und Ausschlussfristen gewählt werden.

Zu Absatz 6:

Die Versendestelle übermittelt der Bundesauswertungsstelle quartalsweise die für die Auswertung benötigten Daten zu jeder Fragebogen-ID in der sogenannten Mapping-Tabelle. Diese umfasst neben der Zuordnung von Fragebogen-IDs zum Leistungserbringerpseudonym auch Informationen zu stornierten Fällen, die dazu dienen, die betreffenden Fragebögen aus der Auswertung auszuschließen. Auf Grundlage der Informationen der Mapping-Tabelle werden zudem die Rücklaufquoten berechnet.

Zu Absatz 7:

Die von der Versendestelle an die Bundesauswertungsstelle zu übermittelnden Informationen zu den Anzahlen der empfangenen Datensätze je Krankenhaus und Angaben zu den jeweils stornierten Datensätzen dienen zum einen zur Vollzähligkeitskontrolle im Sinne der Kontrolle der Dokumentationspflicht der Krankenhäuser, aber auch zur Angabe der Anzahlen der übermittelten Datensätze im Rahmen der quartalsweisen Rückmeldeberichte gemäß § 10 der themenspezifischen Bestimmungen.

Zu Absatz 8:

Die Patientenbefragung wird über einen Zeitraum von vier Jahren erprobt und wissenschaftlich vom IQTIG begleitet. D. h. die Erprobung endet mit Ablauf des Jahres 2030. Da der für Patientenbefragungen erforderliche Datenfluss zur Versendestelle bereits etabliert ist und auch die Mehrheit der Krankenhäuser sowie die LAGen im Verfahren QS PCI bereits Erfahrungen mit Befragungsergebnissen sammeln konnten, hat die Erprobung für die Befragung zu Hysterektomie in QS GYN-OP jedoch im Vergleich zu QS PCI einen anderen Fokus.

Die Datenerhebung für die Patientenbefragung und der Versand der Fragebögen im Qualitätssicherungsverfahren QS GYN-OP starten am 1. Januar 2027. Da die laufende Erprobung der Patientenbefragung im Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“ (QS PCI) gezeigt hat, dass grundlegende Anpassungen in der DeQS-RL notwendig sind, um die Ergebnisse aus Patientenbefragungen zielführend für die Qualitätssicherung nutzen zu können, findet für die Qualitätsindikatorergebnisse auf Basis der Patientenbefragung in QS GYN-OP aus dem Erfassungsjahr 2027 keine Bewertung der Auffälligkeiten und keine Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Teil 1 § 17 der Richtlinie statt. Die Qualitätsindikatorergebnisse werden nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht. Vielmehr werden die Ergebnisse zunächst genutzt, um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine Rückmeldung zu ihren Qualitätsindikatorergebnissen zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement zu geben und um die Eigenschaften des Fragebogens anhand einer größeren Datengrundlage zu überprüfen. Weiterhin sollen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung Rückmeldungen von allen Beteiligten zu der Patientenbefragung eingeholt werden.

Um dabei auch die Nutzbarkeit der Ergebnisse durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in den Blick nehmen zu können, können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen Rückmeldungen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, insbesondere solchen mit auffälligen Ergebnissen, einholen.

Der GBA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V, die Erprobung der Patientenbefragungen begleitend wissenschaftlich zu evaluieren. Das bedeutet, dass das Institut begleitend zur Implementierung der Patientenbefragung zu geeigneten Zeitpunkten Informationen bei allen relevanten Beteiligten einholen muss (v.a. LAGen, Datenannahmestellen, Softwareanbieter, Versendestelle, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, Patientinnen). Es erstellt für den GBA jeweils zum 15. Januar der Jahre 2028, 2029 einen Bericht zur formativen Evaluation. Der letzte Bericht im Einführungszeitraum zum 30. April 2030 soll ein Abschlussbericht i. S. einer summativen Evaluation sein. Die Berichte dienen als Grundlage für Entscheidungen des GBA, erforderlichenfalls die Richtlinie und die Spezifikation zu ändern und z.B. Inhalte und Zeitschiene der Erprobung anzupassen. Näheres zur Evaluation der Erprobung der Patientenbefragung legt der GBA in seiner Beauftragung fest.

Zu § 19 Übergangsregelung (alt)

Es erfolgt eine Streichung der Übergangsregelung, da diese nicht mehr erforderlich ist.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS GYN-OP 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS GYN-OP basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2026 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 und Anlage 4 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 4:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS DEK verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS DEK wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS DEK 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS HSMDEF verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS HSMDEF wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegeben (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/>).

Am 15. August 2024 hat der GBA einen ergänzenden Bericht des IQTIG zur Veröffentlichung freigegeben (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6781/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS HSMDEF 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS HSMDEF 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 6:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS PM verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS PM wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Juli 2025 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden zum Erfassungsjahr 2027 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 3:

Absatz 3 wird gestrichen, da in dem Verfahren QS PM nur leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser erhoben werden und diese im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS PM)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS PM 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PM 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

Zu Buchstabe b Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie:

Zum Datenfeld „Datum des ROP-Screenings“:

Das Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings“ wird gestrichen, da es keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet und somit nicht erforderlich ist.

In den zugehörigen prospektiven Rechenregeln wird das Auffälligkeitskriterium AK 852001 „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“, welches das korrekte Ausfüllen des Datenfelds „Datum des ersten ROP-Screenings“ überprüft, gestrichen. Da das Datenfeld keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet und daher gestrichen wird, ist keine Überprüfung des korrekten Ausfüllens erforderlich bzw. möglich.

Die Ergebnisse des Auffälligkeitskriteriums (vgl. Bundesqualitätsbericht 2025) deuten darauf hin, dass das ROP-Screening zum Teil nicht zeitgerecht durchgeführt wird (bspw. aufgrund struktureller Probleme wie kein Augenarzt im angemessenen Zeitraum verfügbar). Daher wird die Entwicklung eines Indikators, anstelle des Auffälligkeitskriteriums, vom IQTIG baldmöglichst nach der Aktualisierung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“, erwartet im Jahr 2026, erfolgen.

2.11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1 und Satz 3:

Das Verfahren QS HGV wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) überarbeitet. Aus der Überarbeitung des Verfahrens QS HGV ergab sich, dass die Indikationsstellung in dem Verfahren mit den bisherigen Indikatoren nicht valide abgebildet werden kann. Daher wurde für die Qualitätsindikatoren „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ (QI ID 54001) und „Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel“ (QI ID 54002) des Auswertungsmoduls Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP) zum

Auswertungsjahr 2026 kein Referenzbereich festgelegt und ab dem Erfassungsjahr 2026 wurden die beiden Qualitätsindikatoren abgeschafft. Die Indikationsstellung als qualitätsrelevanter Aspekt wird daher derzeit nicht mehr erfasst, soll aber zu einem späteren Zeitpunkt über eine Patientenbefragung wieder einbezogen werden.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS HGV verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS HGV wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) überarbeitet. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der weitgehenden Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2 (neu):

Für das Verfahren QS HGV werden die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösung mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HGV)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS HGV 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS HGV 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

Der Zeitpunkt zu dem der GBA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS KEP verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS KEP wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des GBA vom 21. April 2022 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>) weiterentwickelt. Der GBA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegeben (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/>). Am 15. August 2024 hat der GBA einen ergänzenden Bericht des IQTIG zur Veröffentlichung freigegeben (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6781/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2 (neu):

Für das Verfahren QS KEP werden die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösung mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS KEP)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS KEP 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KEP 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.13 Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zu Absatz 2:

Mit der Änderung wird der Zeitpunkt der Beschlussfassung der einrichtungsbezogenen Spezifikation durch den GBA um mindestens sechs Monate, vom letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres, auf spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres vorgezogen. Die Spezifikationen zur fallbezogenen und zur einrichtungsbezogenen Dokumentation sollen zeitgleich beschlossen werden. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass alle Verfahrensbeteiligten rechtzeitig über Änderungen in den Anforderungen des Qualitätssicherungsverfahrens vor Inkrafttreten informiert werden. Die Softwareanbieter erhalten ausreichend Zeit um die Spezifikationsänderungen umzusetzen.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 3 (neu):

Mit der Einfügung des Satzes werden die Fristen der Zwischenberichte nach § 10 festgelegt. Die Fristen zur Bereitstellung der Zwischenberichte für die Datenannahmestellen entsprechen den Fristen der weiteren Verfahren der DeQS-RL mit Zwischenberichten.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS Sepsis 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS Sepsis 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

Die Änderungen in Buchstabe a in den Exportdatenfeldern Lfd. Nr. 59 (Erfassungsjahr 2026 Exportfeld Lfd. Nr. 47), Lfd. Nr. 62 (Erfassungsjahr 2026 Exportfeld Lfd. Nr. 50) und Lfd. Nr. 67 (Erfassungsjahr 2026 Exportfeld Lfd. Nr. 56) sowie die Streichung der Exportdatenfelder Lfd. Nr. 51 (Erfassungsjahr 2026) und Lfd. Nr. 57 (Erfassungsjahr 2026) begründen sich in der Stellungnahme des Robert Koch-Instituts (RKI) vom 8. Oktober 2025 zu den weiteren Änderungen der DeQS-RL Teil 2 QS Sepsis zum Erfassungsjahr 2026 (Beschlussdatum 18.12.2025). Das RKI führt in der Stellungnahme an, dass die Zeitabstände zwischen dem Aufnahmedatum und dem Datum des jeweiligen Prozessschrittes (Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion; Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers; Datum der Übermittlung des „ersten“

Ergebnisses dieser Erstabnahme) nicht in Tagen, sondern in Minuten erfasst werden sollte. Durch die Aufnahme eines neuen administrativen Datenfeldes zur Aufnahmeuhrzeit, können die Abstände in den aufgeführten Exportdatenfeldern auf die Aufnahmeuhrzeit referenziert und somit minutengenau berechnet werden. Diese Zeitabstände fließen in die Berechnung des Indikators ID 602601 „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie“ ein. Die Abstände, die vor Einführung des Datenfeldes zur Aufnahmeuhrzeit über die Exportdatenfelder Lfd. Nr. 51 (Erfassungsjahr 2026) und Lfd. Nr. 57 (Erfassungsjahr 2026) erhoben wurden, können nun über die geänderten Exportdatenfelder berechnet werden. Folglich können die Zeitabstände und insbesondere die zeitkritische Abfolge der Sepsisversorgung präziser erfasst werden, zwei Exportdatenfelder können eingespart werden sowie alle verbleibenden Exportdatenfelder zu den zeitlichen Abständen zur direkten Berechnung des Indikators verwendet werden.

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, der Regelung zur Patientenbefragung im Verfahren QS GYN-OP und der Aussetzung der Dokumentation im Verfahren QS CAP resultiert eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 9.529.206 Euro. Die Summe der einmaligen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 291.862 Euro ergibt sich aus den entstehenden Kosten in Höhe von rund 314.266 Euro infolge der Änderungen in den Ausfüllhinweisen und der Entlastung in Höhe von rund 22.404 Euro aufgrund der Aussetzung des Stellungnahmeverfahrens im Verfahren QS CAP. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 16. September 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In acht Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. *untenstehende Tabelle*).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
16. September 2025	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 und 1. Juli 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 zur DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur DeQS-RL Teil 2 Verfahren 20: QS Sepsis Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. April 2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Mai 2026.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 6. Mai 2026 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom 5. Mai 2026 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 12. Mai 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seinen Sitzungen am 3. Juni 2026 und 1. Juli 2026 durchgeführt.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden am 8. April 2026 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 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 stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 3, 5 bis 15 und 20 sowie versandte Tragende Gründe

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

Anlage 4: Schreiben des Robert Koch-Instituts

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 3 und 5 bis 15 sowie 20

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehenden Qualitätssicherungsverfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS), Perinatalmedizin (QS PM, Hüftgelenkversorgung (QS HGV), Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) sowie Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) aktualisiert und im Verfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) eine Patientenbefragung ergänzt. Das Verfahren Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) wird auch für das Erfassungsjahr 2027 ausgesetzt. Betroffene Leistungserbringer sind nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte, die im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) dokumentationspflichtige Leistungen erbringen.

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

Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten Krankenhausstandorte) dient der Bundesqualitätsbericht 2025 des IQTIG. Da das QS-Verfahrens Sepsis erst im Erfassungsjahr 2026 neu geregelt wurde, liegen noch keine konkreten Versorgungszahlen vor. Daher wird für die Patientenzahl auf die im Beschluss vom 17.07.2025 (vgl. <https://www.g-ba.de/beschluesse/6985/>) ausgewiesenen Fallzahl von zirka 230.000 Patientinnen und Patienten und bei der Anzahl der Krankenhausstandorte auf die im Beschluss vom 18.12.2025 (vgl. <https://www.g-ba.de/beschluesse/7616/>) verankerte Angabe von 1.200 Standorte zurückgegriffen.

In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereichen

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

Aufgrund unterschiedlicher auf dem Markt befindlicher Softwarelösungen ist eine Unterscheidung in manuell einzugebende Bogenfelder einerseits, sowie bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die QS automatisch befüllbare Bogenfelder andererseits, nicht in allen Fällen trennscharf möglich. Bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen wird zudem regelhaft geprüft, inwiefern die Möglichkeit zur automatischen Ausleitung von Daten aus dem 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, welche regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Export der Daten aus 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 Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahmedatum, Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Haupt- und Sekundärdiagnosen (ICD-Kodes), Entlassungsdatum oder entlassender Standort.

Die nachfolgende Tabelle wurde zudem auf Basis der Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Spezifikationsjahr 2027 zu QS-Verfahren 3, 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL, Erläuterungen vom 17.03.2026 und Dokumente Minimaldatensatz Sollstatistik mit Stand vom 07.01.2026 des IQTIG erstellt:

Tabelle 1: Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Manuell zu befüllende Datenfelder: neu	Manuell zu befüllende Datenfelder: wegfallend	Saldo Datenfelder	Fallzahl pro Verfahren 2024	Gesamtzahl manuell zu befüllende Datenfelder (Saldo)
QS KAROTIS (10/2):	1	9	- 8	34.562	-276.496
QS PM:					
Geburtshilfe (16/1)	0	35	-35	654.174	-22.896.090
Neonatologie (NEO)	0	13	-13	91.833	-1.193.829
QS HGV:					
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	2	48	-46	294.726	-589.452
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit os-teosynthetischer Versorgung (17/1)	3	17	-14	65.072	-130.144
QS KEP	1	1	0	234.443	0
QS Sepsis	4	0	4	230.000	920.000
Gesamt					-24.166.011

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

Aus den oben dargestellten Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben ergibt sich somit eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten um etwa 7.491.463 Euro ($-24.166.011 \times 0,31$ Euro).

Die hohe Entlastungssumme kommt vor allem zustande infolge der Überarbeitung des Moduls Geburtshilfe und Neonatologie im QS-Verfahren 13 Perinatalmedizin.

2. Neuregelung einer Patientenbefragung in Teil 2 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Mit vorliegendem Beschluss wird für das Verfahren QS GYN-OP neu geregelt, dass ab Erfassungsjahr 2027 für alle gesetzlich versicherten Patientinnen mit behandelter Hysterektomie bei einer benignen Erkrankung eine Patientenbefragung erfolgt. Dafür müssen von den Krankenhäusern nach der Entlassung der Patientinnen die Adressdaten an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden. Das neue Modul für die Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens GYN-OP sieht dafür vier manuell zu dokumentierende Datenfelder vor. Die Dokumentation und Übermittlung der für die Patientenbefragung erforderlichen Daten sind von den vierteljährlichen Datenlieferungen der QS-Dokumentationsdaten abgekoppelt und erfolgen monatlich spätestens bis zum 12. Tag des Monats.

Unter Berücksichtigung der für die Dokumentation eines Datenfeldes entstehenden Bürokratiekosten in Höhe von etwa 0,31 Euro und einer jährlichen Zufallsstichprobe von näherungsweise 200 Fällen entstehen den 970 betroffenen Standorten¹ jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 240.560 Euro ($4 \times 0,31 \text{ Euro} \times 970 \times 200$).

3. 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 Krankenhausstandort je Verfahren angesetzt werden, bei mindestens einer relevanten Änderung in einem manuell zu dokumentierenden Datenfeld:

Tabelle 2: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

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

Die nachstehende Tabelle 3 liefert eine Übersicht über die Leistungsbereiche, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises eines manuell zu füllenden Datenfeldes zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die je Leistungsbereich betroffenen Krankenhäuser dargestellt.

¹ vgl. IQTIG Bundesqualitätsbericht 2025. QS-Verfahren Gynäkologische Operationen. Aktualisierung: 21. Oktober 2025.

Tabelle 3: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

QS-Verfahren: Leistungsbereich	KH-Standorte 2024 je Verfahren	Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH in h
Verfahren 5: QS TX		
Lebertransplantation (LTX)	21	16,8
Nierenlebendspende (NLS)	38	30,4
Verfahren 7: QS KAROTIS	603	482,4
Verfahren 9: QS MC	650	520
Verfahren 12: QS HSMDEF		
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	765	612
Verfahren 13: QS PM		
Geburtshilfe (16/1)	613	490,4
Neonatalogie (NEO)	470	376
Verfahren 14: QS HGV		
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	1.163	930,4
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	1.045	836
Verfahren 15: QS KEP	1.027	821,6
Verfahren 20: QS Sepsis	1.200	960
Zeitaufwand gesamt in h		5.068,8

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (62,0 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 5.068,8 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 314.266 Euro (62,0 Euro x 5.068,8 h).

4. Aussetzung des Qualitätssicherungsverfahrens QS CAP

Der vorliegende Beschluss legt fest, dass das Verfahren ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) auch für das Erfassungsjahr 2027 ausgesetzt wird. Mit der Aussetzung entfallen die Erhebung und Übermittlung der Daten durch die Krankenhäuser im Erfassungsjahr 2027; demzufolge entfällt für das Verfahren QS CAP die fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer mit 22 manuell zu dokumentierende Datenfelder. Unter Berücksichtigung der gelieferten Fallzahl von 334.062 im Rahmen des QS-Verfahrens CAP dokumentierten Eingriffe² ergibt sich somit für das Erfassungsjahr 2027 eine einmalige Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten um etwa 2.278.303 Euro (0,31 Euro x 22 x 334.062).

Im Falle von rechnerisch ermittelten Auffälligkeiten haben gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL qualitätssichernde Maßnahmen zu erfolgen. Den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entstehen hierbei im Zuge der Abgabe von schriftlichen Stellungnahmen bürokratische Aufwände. Die Abfassung einer Stellungnahme geht mit einem zeitlichen Aufwand

² vgl. hierzu Bundesqualitätsbericht 2024 des IQTIG, 22. Oktober 2024, S. 2607 ff. (<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/bundesqualitaetsbericht/>)

von 33 Minuten einher; davon entfallen sieben Minuten auf Aufwände mit mittlerem Qualifikationsniveau sowie 26 Minuten mit hohem Qualifikationsniveau. Insgesamt entstehen Bürokratiekosten in Höhe von 30,86 Euro je schriftlicher Stellungnahme.

Da stets von normkonformem Verhalten ausgegangen wird, werden nur Stellungnahmen herangezogen, welche nicht als qualitativ auffällig bewertet wurden. Laut Bundesqualitätsbericht 2024 des IQTIG sind im Erfassungsjahr 2023 im Rahmen des QS-Verfahrens CAP 726 Stellungnahmen³ abgegeben worden, die diese Kriterien erfüllen. Somit sind Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 22.404 Euro (726 x 30,86 Euro) entstanden. Mit Aussetzung des Verfahrens QS CAP im Erfassungsjahr 2027 entfallen diese Bürokratiekosten einmalig.

5. Zusammenfassung

Insgesamt ergibt sich aus den Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den Verfahren 3 und 5 bis 15 sowie 20 der DeQS-RL infolge der Änderungen in den Dokumentationsvorgaben, der Regelung zur Patientenbefragung im QS-Verfahren GYN-OP und der Aussetzung der Dokumentation im Verfahren QS CAP eine Entlastung der jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 9.529.206 Euro. Aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 314.266 Euro. Davon abzuziehen sind die einmaligen Entlastungen durch den Wegfall des Stellungnahmeverfahrens bei QS CAP in Höhe von rund 22.404 Euro, so dass insgesamt etwa 291.862 Euro einmalige Kosten resultieren.

Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben	-7.491.463 Euro	
Patientenbefragung QS GYN-OP	240.560 Euro	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		314.266 Euro
Aussetzung des Verfahren QS CAP im EJ 2026	-2.278.303 Euro	-22.404 Euro
Gesamt	-9.529.206 Euro	291.862 Euro

³ ebenda

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 3: QS CHE - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 6
- § 4 Abs. 2
- 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*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Cholezystektomien (Gallenblasenentfernungen) bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Cholezystektomie“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS CHE“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

- a) Komplikationen/unerwünschten Ereignissen
- b) erneuten Eingriffen aufgrund von Komplikationen
- c) Überleben der Patientinnen und Patienten

messen, vergleichend darstellen und bewerten. ²Die entsprechenden Indikatoren sind in Anlage I aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- b) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- c) Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

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 der von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Dies sind im Einzelnen operationsbedingte Gallenwegskomplikationen, Reinterventionen aufgrund von Komplikationen, eingriffsspezifische Infektionen, interventionsbedürftige Blutungen, weitere postoperative Komplikationen sowie die Sterblichkeit.

(4) ¹Das Verfahren zur Bewertung der Cholezystektomien 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 jeweiligen Krankenhäuser 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 das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus 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 20~~25~~30 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 20~~26~~31 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 zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte 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 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 Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 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 Krankenhäusern und
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstabe a und b festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2019. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2019.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren mit 30-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren mit 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

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

- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus 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 Krankenhaus 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) 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 Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Allgemein- oder Viszeralchirurgie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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 Krankenhäuser 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 weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(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 sind 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 LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser 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 sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf Indexeingriffe des 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr mit 30-Tage Follow-up-Zeitraum und Auswertungen zu Indikatoren mit 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexeingriffe des Vor-Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)

1	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von ~~30~~ <u>90</u> Tagen
ID	58000
Beschreibung	Der Indikator erfasst operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von ~~30~~ <u>90</u> Tagen nach einer Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenige operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen
ID	58004
Beschreibung	Der Indikator erfasst postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie (komplikationsspezifisch). Komplikationen nach 30 Tagen werden im Zähler zusammengefasst.
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen
ID	58002
Beschreibung	Der Indikator erfasst eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen
ID	58003
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen

ID	58001
Beschreibung	Der Indikator beschreibt Reinterventionen aufgrund von postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres
ID	58005
Beschreibung	Der Indikator erfasst postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie (komplikationsspezifisch). Komplikationen nach 365 Tagen werden im Zähler zusammengefasst.
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen
ID	58006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

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)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²	X			X	
4	Versionsnummer				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 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
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
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	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
14	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
15	Fachabteilung	X		X		
16	Geburtsjahr ⁸	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.

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 (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ 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
17	Geschlecht	X		X		
18	Körpergröße		X	X		
19	Körpergröße unbekannt		X	X		
20	Körpergewicht		X	X		
21	Körpergewicht unbekannt		X	X		
22	Quartal des Aufnahmeta- ges ⁹	X		X	X	
23	Patientenalter am Aufnah- metag in Jahren ¹⁰		X	X	X	
~~24~~ <u>5</u>	~~Aufnahmegrund~~ Registriernummer des Do- kumentationssystems (Län- derkode + Registrierkode)	~~X~~			X	
~~25~~ <u>6</u>	~~Vorgangsnummer und Da- tensatz-ID¹¹~~	X			X	
~~26~~ <u>7</u>	~~Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)¹²~~	X			X	

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

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

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

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

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
~~272~~ <u>8</u>	Versionsnummer				X	
~~282~~ <u>9</u>	Wieviele Prozedur?				X	
~~293~~ <u>0</u>	Prozedur des ~~stationären Aufenthaltes~~ Krankenhausfalls ¹³	X	X	X	X	
~~303~~ <u>1</u>	Datum der Prozedur ~~während des stationären Aufenthaltes~~ Krankenhausfalls	X	X			
~~313~~ <u>2</u>	Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?		X	X		
~~323~~ <u>3</u>	Diagnose(n) ¹⁴	X	X	X	X	
~~333~~ <u>4</u>	Bestand die Streptokokkensepsis vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~343~~ <u>5</u>	Bestand die sonstige Sepsis vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~353~~ <u>6</u>	Bestand die akute Blutungsanämie vor der Cholezystektomie?		X	X		

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer 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.

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

14 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
~~363~~ <u>7</u>	Bestand die akute Peritonitis vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~373~~ <u>8</u>	Bestand die sonstige oder n.n.bez. Peritonitis vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~383~~ <u>9</u>	Bestand der Leberabszess vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~394~~ <u>0</u>	Bestand die Perforation des Gallengangs vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~404~~ <u>1</u>	Bestand die Fistel des Gallengangs vor der Cholezystektomie?		X	X		
~~414~~ <u>2</u>	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
~~424~~ <u>3</u>	Quartal des Entlassungstages ¹⁵	X		X	X	
~~434~~ <u>4</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁶	X		X	X	
~~444~~ <u>5</u>	Entlassungsgrund		X	X		
~~454~~ <u>6</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund		X	X		

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

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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
§ 301 (Krankenhäuser)							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁷	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR) ¹⁸	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁹	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			

¹⁷ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

¹⁸ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹⁹ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
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		
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
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 TAS TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
11	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung			X		
12	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
13	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek			X		

14	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TAs TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
15	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung			X		
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
17	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek			X		

18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozessschlüssel@ops	X	X	X		X
19	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung			X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ²⁰	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
§ 301 (Ambo)							
23	Angabe der Quelle des Datensatzes ²¹	source(kh_ambobo)@quelle				X	

²⁰ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

²¹ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(kh_ambulance.Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²²	state_key(kh_ambulance.Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
26	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambulance.Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
27	Tag des Zugangs	kh_ambulance.Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum		X			X
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambulance.Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	X	X
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambulance.Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X

²² Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

30	<u>Seitenlokalisation der Behandlungsdiagnose (L, R, B)</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X			
31	<u>Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	X	X
32	<u>Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X			
33	<u>Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
34	<u>Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum		X		X	X
35	<u>Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops		X	X		X

36	<u>Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisierung@lokalisierung		X			
37	<u>Datum der Prozedur</u>	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozeduren-tag@datum	X	X		X	X
\$295 (kollektivvertraglich)							
38	<u>Angabe der Quelle des Datensatzes²³</u>	source(295k)@quelle				X	
39	<u>Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)²⁴</u>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
40	<u>KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR²⁵</u>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
41	<u>BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes</u>	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
42	<u>Erstes Behandlungsdatum im Quartal</u>	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
43	<u>Letztes Behandlungsdatum im Quartal</u>	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X				

²³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

²⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

²⁵ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

<u>44</u>	<u>Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')</u>	<u>295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>45</u>	<u>Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)</u>	<u>295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation</u>		<u>X</u>		
<u>46</u>	<u>Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)</u>	<u>295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>47</u>	<u>Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation</u>	<u>295k.LED.5/5.3.1@ebm</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>48</u>	<u>Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!</u>	<u>295k.LED.5/5.3.2@datum</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
<u>49</u>	<u>NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)</u>	<u>295k.LED.5/5.2.1@nummer</u>	<u>X</u>			
<u>50</u>	<u>Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (NBSNR)²⁶</u>	<u>cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art</u>			<u>X</u>	
<u>51</u>	<u>KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR²⁷</u>	<u>kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion</u>			<u>X</u>	
<u>52</u>	<u>Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung</u>	<u>295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>

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

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

53	<u>Seitenlokalisierung der durchgeführten OP</u>	<u>295k.OPS.Ope</u> <u>rationsschlüs-</u> <u>sel.7/7.1.2@l</u> <u>okalisation</u>		X			
<u>§ 295 (selektivvertraglich)</u>							
54	<u>Angabe der Quelle des Datensatzes²⁸</u>	<u>source(295s)</u> <u>@quelle</u>				X	
55	<u>Erster Tag des Abrechnungszeit-raums</u>	<u>295s.Er-</u> <u>brachte Leis-</u> <u>tungen / Ein-</u> <u>zelfallrech-</u> <u>nung.RGI.Abr</u> <u>rechnungzeit-</u> <u>raum.12/12.2</u> <u>.1 Erster Tag</u> <u>des Abrech-</u> <u>nungszeit-</u> <u>raums@be-</u> <u>ginndatum</u>	X				
56	<u>Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums</u>	<u>295s.Er-</u> <u>brachte Leis-</u> <u>tungen / Ein-</u> <u>zelfallrech-</u> <u>nung.RGI.Abr</u> <u>rechnungzeit-</u> <u>raum.12/12.2</u> <u>.2 Letzter Tag</u> <u>des Abrech-</u> <u>nungszeit-</u> <u>raums@ende-</u> <u>datum</u>	X				
57	<u>Art der Identifikationsnummer des Leistungser-bringers (BSNR)</u>	<u>cp_type(295s,</u> <u>Erbrachte</u> <u>Leistungen /</u> <u>Einzelfallrech-</u> <u>nung.IBH.2/2.</u> <u>3 Betriebs-</u> <u>stättennum-</u> <u>mer)@art</u>				X	

²⁸ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

58	<u>KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR²⁹</u>	<u>kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion</u>				X	
59	<u>Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR)</u>	<u>cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art</u>				X	
60	<u>Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse</u>	<u>state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland</u>				X	
61	<u>BSNR der Praxis</u>	<u>295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer</u>	X	X			

²⁹ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

62	<u>Institu-tionskennzei- chen des Leistungser- bringers</u>	295s.Er- brachte Leis- tungen / Ein- zelfallrech- nung.IBL.3/3. 2 Institutions- kennzeichen des Leistungs- erbrin- gers@num- mer	X	X			
63	<u>Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation</u>	295s.Er- brachte Leis- tungen / Ein- zelfallrech- nung.OPS.Op erations- schlüs- sel.7/7.2.1 Operations- schlüssel, co- diert@ops	X	X	X		X
64	<u>Datum der Prozedur</u>	295s.Er- brachte Leis- tungen / Ein- zelfallrech- nung.OPS.Op erations- schlüs- sel.7/7.2.3 OPS- Datum@da- tum	X			X	
65	<u>Seitenlokalisierung der durchgeführten OP</u>	295s.Er- brachte Leis- tungen / Ein- zelfallrech- nung.OPS.Op erations- schlüs- sel.7/7.2.2 Seitenlokali- sation@loka- lisation	X	X	X		X

66	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Er-brachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, koordiniert@icd	X	X	X		X
67	Sicherheit der Diagnose	295s.Er-brachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicicherheit		X	X		X
68	Datum der Diagnose	295s.Er-brachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X			X	
69	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Er-brachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X		X
§ 284 (Stammdaten)							
23 70	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht			X		X
24 71	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@geb-jahr			X		X
25 72	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
26 73	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V		X			X

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

~~27~~ 74	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ³⁰	Stamm@versicherungsdatum		X		X	
~~28~~ 75	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
Administrative Daten							
~~29~~ 76	IKNR der Krankenkasse ³¹	Admin@kasseiknr				X	
~~30~~ 77	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
~~31~~ 78	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
~~32~~ 79	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ³²	Admin@dienstleister				X	
§115f Hybrid-DRG							
80	<u>Angabe der Quelle des Datensatzes</u>	<u>source(hybrid-drug)@quelle</u>				X	
81	<u>Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)</u>	<u>cp_type(hybrid-drug.information.fall.ifa.1/1.2.1.betriebsstaette.bsnr)@art</u>				X	

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

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

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

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

82	<u>KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR³³</u>	<u>kv_key(hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.2.1.Betriebsstätte BSNR)@kvregion</u>			X	X	
83	<u>BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes</u>	<u>hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.2.1.Betriebsstätte BSNR @nummer</u>	X	X			
84	<u>Datum Beginn der Leistung</u>	<u>hybrid-drg.Leistungsdaten.LEA.4/4.2.2. Datum Beginn der Leistung@beginndatum</u>	X	X			X
85	<u>Datum Ende der Leistung</u>	<u>hybrid-drg.Leistungsdaten.LEA.4/4.2.2. Datum Ende der Leistung@endedatum</u>	X				
86	<u>Aufnahmegrund nach 2-stelligem Schlüssel (Konstante)</u>	<u>hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.4. Aufnahmegrund@aufngrund</u>				X	
87	<u>Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Konstante)</u>	<u>hybrid-drg.Information Fall.IFA.1/1.7. Entlassungsgrund@entlgrund</u>				X	

³³ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

88	<u>Hauptdiagnose des Falls (Vorkommen: einmal pro Fall (IFA)), nur gesicherte Diagnosen)</u>	<u>hybrid-drug.Hauptdiagnosedaten.DGH.2/2.2.1.Hauptdiagnose_codierte@icd</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
89	<u>Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)</u>	<u>hybrid-drug.Hauptdiagnosedaten.DGH.2/2.2.2.Seitenlokalisierung@lokalisierung</u>		<u>X</u>			
90	<u>Nebendiagnosedaten des Falls (Vorkommen: 0-n mal pro Hauptdiagnose (DGH)); Sekundärschlüssel werden als Nebendiagnosen angegeben</u>	<u>hybrid-drug.Nebendiagnosedaten.DGN.3/3.2.1.Nebendiagnose_codierte @icd</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
91	<u>Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)</u>	<u>hybrid-drug.Nebendiagnosedaten.DGN.3/3.2.1.Seitenlokalisierung zur Nebendiagnose@lokalisierung</u>		<u>X</u>			
92	<u>OP-Schlüssel zur GOP (Vorkommen: 1 - n mal pro Hybrid-DRG (LEA))</u>	<u>hybrid-drug.OP-Schlüssel.OPA.5/5.2.1.Operations-schlüssel_codierte@ops</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
93	<u>Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)</u>	<u>hybrid-drug.OP-Schlüssel.OPA.5/5.2.2. Seitenlokalisierung@lokalisierung</u>		<u>X</u>			

94	<u>OPS-Datum</u>	<u>hybrid-</u> <u>drg.OP-</u> <u>Schlüs-</u> <u>sel.OPA.5/5.2.</u> <u>3.OPS-</u> <u>Datum@da-</u> <u>tum</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	<u>X</u>
----	------------------	--	--	----------	--	----------	----------

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 5: QS TX – derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 4 Abs. 2
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

- (1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind
- a) Lebertransplantationen
 - b) Leberlebendspenden
 - c) Lungentransplantationen
 - d) Herz-Lungen-Transplantationen
 - e) Herztransplantationen
 - f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen
 - g) Nierenlebendspenden.

²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

- (2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Transplantationsmedizin“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS TX“ genannt.

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

- a) Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen
- b) Erreichen von Behandlungszielen
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung bei Herzunterstützungssystemen
- b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- e) Verringerung von Folgeerkrankungen.

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 der stationär erbrachten Indexeingriffe.
- (2) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch mit ihm assoziierte Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). ²Dies sind insbesondere das Überleben sowie bestimmte Komplikationen des Indexeingriffs bei Organtransplantierten und Lebendspendern.
- (3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Indexeingriff.

(5) 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 2028 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 etwaige Veränderungen in der Durchführung.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite im Lenkungsgremium gemäß Teil 1 § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte 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 die Leistungen insgesamt nur geringe Fallzahlen aufweisen und 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 Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, gelöscht.

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

~~(3)~~(2) Für die in § 1 Absatz 1 differenzierten Behandlungsverfahren sind in folgender Weise jeweils eigene Patienten- und Leistungserbringerpseudonyme anzuwenden:

1. a) Lebertransplantation und b) Leberlebendspende
2. c) Lungentransplantationen und d) Herz-Lungen-Transplantationen
3. e) Herztransplantationen und f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/
Kunstherzen
4. g) Nierenlebendspenden.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern sowie den Krankenkassen verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung

bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2020. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2023.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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 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 die ET-Nummern verarbeitet. ²Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. ³Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II 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 dem Krankenhaus 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 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) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus bis zu drei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung (statistische Darstellung aller erfassten Daten)
- 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 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 Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Fallnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

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

(4) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Lebertransplantationen
- b) Leberlebendspenden
- c) Lungen- und Herz-Lungentransplantationen
- d) Herztransplantationen
- e) Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
- f) Nierenlebendspenden.

§ 10a Länderbezogene Auswertungen

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für das Verfahren QS TX. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

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

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

§ 11 (weggefallen)

§ 12 Datenvalidierung

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

§ 13 Bundesfachkommissionen

(1) ¹Die Bundesstelle richtet für die Durchführung ihrer Aufgaben

- a) eine Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“
- b) eine Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ und
- c) eine Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“

nach Teil 1 § 8a der Richtlinie ein. ²In der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und b. ³In der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c bis f. ⁴In der Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe g.

(2) Die Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ besteht aus jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit klinischer Erfahrung im Bereich Lebertransplantation, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie

sowie zwei sachkundigen Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(3) Die Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ besteht aus jeweils vier Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herz- und Lungentransplantation
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herz- und Lungentransplantation
- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herzchirurgie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herztransplantation
- d) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herzchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Thoraxchirurgie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Lungentransplantation

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(4) Die Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ besteht aus jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit klinischer Erfahrung im Bereich der Nierentransplantation, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Urologie

sowie zwei sachkundigen Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(5) In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 soll intensivmedizinische Expertise vertreten sein.

(6) ¹In Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten bis zu zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates ein Mitberatungsrecht. ²In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter

Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen.³Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.⁴Alle Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit den Erkrankungen, aufgrund derer die jeweiligen Organtransplantationen durchgeführt werden.

(7) ¹Die Bundesfachkommissionen unterstützen das Institut nach § 137a SGB V bei der fachlichen Begleitung des Verfahrens „Transplantationsmedizin“ und nehmen die Aufgaben des Expertengremiums auf Bundesebene gemäß Teil 1 § 26 der Richtlinie wahr.³Das Institut nach § 137a SGB V kann für Aufgaben nach Teil 1 § 26 weitere Expertinnen und für spezifische Fragestellungen hinzuziehen.

§ 14 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Krankenhäuser 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 weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen.⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis f 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 § 15e 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.

§ 15 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser 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 sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren 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 Bundesstelle zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen, sowie die Ergebnisse gemäß Teil 1 § 19 Absatz 3 der Richtlinie des Vorjahres.

§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze

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

§ 17 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche Leberlebendspende, Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation, Herztransplantationen, Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen und Nierenlebendspende der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2019 (Abschluss des Erfassungsjahres 2019) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS TX)**a) Indikatorenliste Herztransplantationen**

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2157
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Herztransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12253
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12269
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12289
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation
ID	252300

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

b) Indikatorenliste Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems
ID	251800
Beschreibung	Der Indikator erfasst die beobachtete Rate an Sterbefällen nach einer Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens im Verhältnis zu den erwarteten Sterbefällen.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
ID	251801
Beschreibung	Der Indikator erfasst das erwartete Sterberisiko einer Patientin bzw. eines Patienten nach der Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens.
Qualitätsziel	Das durchschnittliche Risikoprofil des gesamten Patientenkollektivs eines Krankenhausstandortes sollte bei Implantation von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen nicht zu hoch sein
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD
ID	52385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines LVAD eine neurologische Komplikation auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sepsis bei Implantation eines LVAD
ID	52388

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines LVAD eine Sepsis auftritt.
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD
ID	52391
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten LVAD auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

1	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD
ID	52386
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines BiVAD eine neurologische Komplikation auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH
ID	52387
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines TAH eine neurologische Komplikation auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Sepsis bei Implantation eines BiVAD
ID	52389

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines BiVAD eine Sepsis auftritt.
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Sepsis bei Implantation eines TAH
ID	52390
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines TAH eine Sepsis auftritt.
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD
ID	52392
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten BiVAD auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH
ID	52393
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten TAH auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Leberlebendspenden

1	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende
ID	2128
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation.

Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2125
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Leberlebenspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende
ID	12296
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende
ID	12308
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende
ID	12324
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	
ID	262300	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Leberlebendspende, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status	
Indikatortyp	Prozessindikator	
7	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	
ID	2127	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Lebertransplantation nach einer Lebendspende erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	
ID	12549	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	
ID	12561	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von zwei Jahren nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
10	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	

ID	12577
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)
ID	12609
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebendspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)
ID	12613
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebendspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)
ID	12617
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebendspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

d) Indikatorenliste Lebertransplantationen

1	Tod durch operative Komplikationen
ID	2097

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die am Tag der Lebertransplantation oder am Tag nach der Lebertransplantation verstorben sind.
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2096
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lebertransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12349
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12365
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

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

e) Indikatorenliste Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2155
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12397

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12413
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12433
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation
ID	282300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator

f) Indikatorenliste Nierenlebendspenden

1	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende
ID	51567
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation.

Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2137
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Nierenlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
ID	12440
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	12452
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	12468
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	
ID	292300	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierenlebendspende, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status	
Indikatortyp	Prozessindikator	
7	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	
ID	2138	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren.	
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	
ID	12636	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende.	
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	
ID	12640	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende.	
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
10	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	
ID	12644	

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
ID	51997
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	51998
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	51999
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS-TX)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation**

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	

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	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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	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“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ 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.

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	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸		X	X	X	
19	Monat des Aufnahmetages ⁹	X			X	
<u>20</u>	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
<u>202</u> <u>1</u>	Fachabteilung	X				
<u>212</u> <u>2</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹⁰			X		

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

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 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
~~222~~ <u>3</u>	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ¹¹				X	
~~232~~ <u>4</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹²				X	
~~242~~ <u>5</u>	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ¹³				X	
~~252~~ <u>6</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

11 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.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁴					
~~262~~ <u>7</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹⁵	X	X		X	
~~272~~ <u>8</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
~~282~~ <u>9</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	

14 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.

15 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.

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
~~293~~ <u>0</u>	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	
~~303~~ <u>1</u>	Geburtsjahr ¹⁶	X	X	X	X	
~~313~~ <u>2</u>	Geschlecht	X	X	X		
~~323~~ <u>3</u>	Körpergröße		X	X		
~~333~~ <u>4</u>	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
~~343~~ <u>5</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
~~353~~ <u>6</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁷	X			X	

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

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

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
~~363~~ <u>7</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁸	X			X	
~~373~~ <u>8</u>	Versionsnummer [Transplantation]				X	
~~383~~ <u>9</u>	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X	
~~394~~ <u>0</u>	Zentrumsangebot		X	X		
~~404~~ <u>1</u>	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X		
~~414~~ <u>2</u>	Bilirubin i. S. in mg/dl		X			
~~424~~ <u>3</u>	Bilirubin i. S. in µmol/l		X			
~~434~~ <u>4</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X			
~~444~~ <u>5</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X			

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 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>454</u> <u>6</u>	INR (International Normalized Ratio)		X			
<u>464</u> <u>7</u>	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren		X			
<u>474</u> <u>8</u>	match MELD zugewiesen		X	X	X	
<u>484</u> <u>9</u>	match MELD		X	X		
<u>495</u> <u>0</u>	Begründung für match MELD		X	X	X	
<u>505</u> <u>1</u>	standard exception		X	X		
<u>515</u> <u>2</u>	Spendertyp		X	X		
<u>525</u> <u>3</u>	Spenderalter		X	X		
<u>535</u> <u>4</u>	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X	
<u>545</u> <u>5</u>	Indikation zur Lebertransplantation		X	X		
<u>555</u> <u>6</u>	HCC vor Transplantation bekannt			X		
<u>565</u> <u>7</u>	OP-Datum	X	X			
<u>575</u> <u>8</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁹	X	X	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.

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
~~585~~ <u>9</u>	Monat der Operation ²⁰	X	X	X	X	
~~596~~ <u>0</u>	Operation ²¹	X		X		
~~606~~ <u>1</u>	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X			
~~616~~ <u>2</u>	Abbruch der Transplantation			X		
~~626~~ <u>3</u>	HCC im Explantat			X		
~~636~~ <u>4</u>	Typ des Leberspenderorgans		X	X		
~~646~~ <u>5</u>	kalte Ischämiezeit (Minuten)		X	X		
~~656~~ <u>6</u>	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifi- kation		X	X		
~~666~~ <u>7</u>	Entlassungsdatum Kranken- haus	X	X			
~~676~~ <u>8</u>	Wochentag 1 - 7 ²²				X	

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.

22 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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
~~686~~ <u>9</u>	Verweildauer im Kranken- haus in Tagen ²³	X		X	X	
~~697~~ <u>0</u>	Monat des Entlassungsta- ges ²⁴	X	X	X	X	
~~707~~ <u>1</u>	Entlassungsdiagnose(n) ²⁵	X		X		
~~717~~ <u>2</u>	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X		
~~727~~ <u>3</u>	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~737~~ <u>4</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X	X	X	
~~747~~ <u>5</u>	Todesursache			X		

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation (Follow-up)

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

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

25 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listefeld, 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
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	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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶			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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 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

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
17	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ⁷				X	
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ⁸				X	
19	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ⁹				X	
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

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 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁰					
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹¹	X	X		X	
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	

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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
24	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	
25	Geburtsjahr ¹²	X	X	X	X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Monat der letzten Transplantation ¹³	X			X	
29	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X			
30	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
31	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up –und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁴	X	X		X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
32	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁵	X			X	
33	Art der Follow-up-Erhebung			X		
34	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X			
35	Patient verstorben		X		X	
36	Todesdatum		X			
37	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹⁶		X		X	
38	Monat des Todesdatums ¹⁷				X	
39	Todesursache			X		
40	HCC vor Transplantation bekannt		X	X	X	
41	HCC-Rezidiv		X	X		
42	Komplikation		X	X		
43	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		

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

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

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

c) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Lebertransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	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 Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versicherungszahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleister	Admin@dienstleister				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
	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	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	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
	Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ²						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	state_key(301. Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der	301.Aufnahme-	X				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
	Versicherte ins KH aufgenommen wird	satz.AUF.Aufnahme-tag@aufndatum					
17	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
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			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
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		X
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozessurenschlüssel@ops	X	X	X		X
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X

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

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebendspende

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	

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 Spender ³	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus Spender ⁴	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ⁵	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	

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

4 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ 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.

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	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X				
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸			X	X	
19	Monat des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
~~20~~	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
~~202~~ <u>1</u>	Fachabteilung	X				
~~212~~ <u>2</u>	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister ¹⁰				X	
~~222~~ <u>3</u>	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle ¹¹				X	

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

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 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.

11 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 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
~~232~~ <u>4</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹²	X	X		X	
~~242~~ <u>5</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹³			X		
~~252~~ <u>6</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹⁴				X	

12 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 des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „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.

13 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.

14 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

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
~~262~~ <u>7</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁵				X	
~~272~~ <u>8</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
~~282~~ <u>9</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
~~293~~ <u>0</u>	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs				X	

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

15 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 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
	der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?					
~~303~~ <u>1</u>	Geburtsjahr ¹⁶	X	X	X	X	
~~313~~ <u>2</u>	Geschlecht	X	X	X		
~~323~~ <u>3</u>	Körpergröße			X		
~~333~~ <u>4</u>	Körpergewicht bei Aufnahme			X		
~~343~~ <u>5</u>	OP-Datum	X	X			
~~353~~ <u>6</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁷	X	X	X	X	
~~363~~ <u>7</u>	Monat der Operation ¹⁸	X	X	X	X	
~~373~~ <u>8</u>	Operation ¹⁹	X		X		
~~383~~ <u>9</u>	Segment I		X	X		

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

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

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

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 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
~~394~~ <u>0</u>	Segment II		X	X		
~~404~~ <u>1</u>	Segment III		X	X		
~~414~~ <u>2</u>	Segment IV		X	X		
~~424~~ <u>3</u>	Segment V		X	X		
~~434~~ <u>4</u>	Segment VI		X	X		
~~444~~ <u>5</u>	Segment VII		X	X		
~~454~~ <u>6</u>	Segment VIII		X	X		
~~464~~ <u>7</u>	Gewicht entnommene Leber			X		
~~474~~ <u>8</u>	Komplikation nach Clavien- Dindo-Klassifikation		X	X	X	
~~484~~ <u>9</u>	Blutung		X	X		
~~495~~ <u>0</u>	Gallenwegskomplikation		X	X		
~~505~~ <u>1</u>	sekundäre Wundheilung		X	X		
~~515~~ <u>2</u>	Ileus		X	X		
~~525~~ <u>3</u>	akutes Leberversagen		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
~~535~~ <u>4</u>	Thrombose		X	X		
~~545~~ <u>5</u>	Lungenembolie		X	X		
~~555~~ <u>6</u>	Pneumonie		X	X		
~~565~~ <u>7</u>	sonstige Komplikationen		X	X		
~~575~~ <u>8</u>	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforder- lich		X	X	X	
~~585~~ <u>9</u>	Dominotransplantation		X	X		
~~596~~ <u>0</u>	Entlassungsdatum Kranken- haus	X	X			
~~606~~ <u>1</u>	Wochentag 1 - 7 ²⁰				X	
~~616~~ <u>2</u>	Verweildauer im Kranken- haus in Tagen ²¹	X		X	X	
~~626~~ <u>3</u>	Monat des Entlassungsta- ges ²²	X		X	X	

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

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

22 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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
~~636~~ <u>4</u>	Entlassungsdiagnose(n) ²³	X		X		
~~646~~ <u>5</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~656~~ <u>6</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		

e) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebenspende (Follow-up)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	

²³ 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
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	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte Sponder ³	X			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.

3 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Sponsors“ 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
10	GKV-Versichertenstatus Spender ⁴	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ⁵	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister ⁶				X	
17	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle ⁷				X	

4 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

6 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.

7 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	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁸	X	X		X	
19	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁹			X		
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹⁰				X	

8 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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „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.

9 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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 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.

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
21	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹¹				X	
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezo-				X	

¹¹ 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
	genen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?					
25	Geburtsjahr ¹²	X	X	X	X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der Leberlebendspende	X	X			
28	Monat der Lebendspende ¹³	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen ¹⁴	X	X		X	
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁵	X			X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X		
33	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X			
34	Spender verstorben		X		X	
35	Todesdatum		X			
36	Monat des Todesdatums ¹⁶				X	

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

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

14 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der Leberlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

15 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der 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
37	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹⁷		X		X	
38	Bilirubin i. S. in mg/dl		X			
39	Bilirubin i. S. in µmol/l		X			
40	Bilirubin i. S. unbekannt		X			
41	Gamma-GT		X			
42	Gamma-GT unbekannt		X			
43	Komplikation		X	X	X	
44	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X	X	
45	Gallenwegskomplikation			X		
46	Narbenhernie			X		
47	leberbezogene Komplikationen			X		
48	intraabdominelle Komplikationen			X		
49	sonstige Komplikationen			X		
50	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich				X	
51	Datum der letzten Transplantation	X	X			
52	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation		X		X	

¹⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der Leberlebendspende“ 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
	des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen) ¹⁸					
53	Monat der letzten Transplantation des Spenders ¹⁹	X			X	

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten Transplantation“ und „Datum der Leberlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

f) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation

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	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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
18	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren ⁸			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.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
19	Monat des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
~~20~~	~~Aufnahmegrund~~	~~X~~				
~~202~~ <u>1</u>	Fachabteilung	X				
~~212~~ <u>2</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹⁰			X		
~~222~~ <u>3</u>	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ¹¹				X	
~~232~~ <u>4</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹²				X	

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

10 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.

11 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.

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 Transplantati-

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~24~~ <u>5</u>	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ¹³				X	
~~25~~ <u>6</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁴				X	
~~26~~ <u>7</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹⁵	X	X		X	
~~27~~ <u>8</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

onsregister 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 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.

14 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.

15 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	in der Bundesauswertungsstelle vor?					
~~28~~ <u>9</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
~~29~~ <u>0</u>	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	
~~30~~ <u>1</u>	Geburtsjahr ¹⁶	X		X		
~~31~~ <u>2</u>	Geschlecht	X		X		
~~32~~ <u>3</u>	Körpergröße			X		
~~33~~ <u>4</u>	Körpergewicht bei Aufnahme			X		
~~34~~ <u>5</u>	Grunderkrankung		X	X		

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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~353~~ <u>6</u>	Blutgruppe		X	X		
~~363~~ <u>7</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
~~373~~ <u>8</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁷	X			X	
~~383~~ <u>9</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁸	X			X	
~~394~~ <u>0</u>	Versionsnummer				X	
~~404~~ <u>1</u>	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X	
~~414~~ <u>2</u>	Dringlichkeit		X	X		

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- denti- fikation	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
~~42~~ <u>3</u>	LAS (Lung Allocation Score)		X	X		
~~43~~ <u>4</u>	thorakale Voroperation		X	X		
~~44~~ <u>5</u>	Beatmung präoperativ		X	X		
~~45~~ <u>6</u>	Induktionstherapie			X		
~~46~~ <u>7</u>	Cyclosporin			X		
~~47~~ <u>8</u>	Tacrolimus			X		
~~48~~ <u>9</u>	Azathioprin			X		
~~49~~ <u>0</u>	Mycophenolat			X		
~~50~~ <u>1</u>	Steroide			X		
~~51~~ <u>2</u>	m-ToR-Inhibitor			X		
~~52~~ <u>3</u>	andere			X	X	
~~53~~ <u>4</u>	Art der Spende		X	X	X	
~~54~~ <u>5</u>	Spenderalter		X	X		
~~55~~ <u>6</u>	Blutgruppe		X	X		
~~56~~ <u>7</u>	Beatmungsdauer		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~57~~ <u>8</u>	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X	
~~58~~ <u>9</u>	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X		
~~59~~ <u>0</u>	Datum der Transplantation	X	X			
~~60~~ <u>1</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁹	X	X	X	X	
~~61~~ <u>2</u>	Monat der Operation ²⁰	X	X	X	X	
~~62~~ <u>3</u>	Operation ²¹	X		X		
~~63~~ <u>4</u>	Abbruch der Transplantation			X		
~~64~~ <u>5</u>	Retransplantation				X	
~~65~~ <u>6</u>	Datum der letzten Transplantation	X	X			
~~66~~ <u>7</u>	Monat der letzten Transplantation ²²	X		X	X	
~~67~~ <u>8</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und			X	X	

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

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

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

22 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ 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
	Datum der letzten Trans- plantation -in Tagen ²³					
~~68~~ <u>9</u>	Transplantationsart			X	X	
~~69~~ <u>0</u>	simultane Operationen		X	X		
~~70~~ <u>1</u>	Ischämiezeit (rechte Lunge)		X	X		
~~71~~ <u>2</u>	Ischämiezeit (linke Lunge)		X	X		
~~72~~ <u>3</u>	Cyclosporin		X	X		
~~73~~ <u>4</u>	Tacrolimus		X	X		
~~74~~ <u>5</u>	Azathioprin		X	X		
~~75~~ <u>6</u>	Mycophenolat		X	X		
~~76~~ <u>7</u>	Steroide		X	X		
~~77~~ <u>8</u>	m-ToR-Inhibitor		X	X		
~~78~~ <u>9</u>	andere		X	X	X	
~~79~~ <u>0</u>	Patient bei Entlassung tracheotomiert		X	X	X	
~~80~~ <u>1</u>	FEV1 (prädiktiver Wert in %)		X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~81~~ <u>2</u>	FEV1-Messung nicht möglich		X	X		
~~82~~ <u>3</u>	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
~~83~~ <u>4</u>	Wochentag 1 - 7 ²⁴				X	
~~84~~ <u>5</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁵	X	X	X	X	
~~85~~ <u>6</u>	Monat des Entlassungstages ²⁶	X	X	X	X	
~~86~~ <u>7</u>	Entlassungsdiagnose(n) ²⁷	X		X		
~~87~~ <u>8</u>	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~88~~ <u>9</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~89~~ <u>0</u>	Todesursache(n) akut			X		

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

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

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

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

|

g) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation (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	

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	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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶			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 Wi-

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
17	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ⁷				X	
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ⁸				X	
19	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ⁹				X	

derrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? “ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL 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 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.

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	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁰				X	
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹¹	X	X		X	
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur wei-				X	

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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	teren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?					
24	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	
25	Geburtsjahr ¹²	X	X	X	X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Monat der letzten Transplantation ¹³	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up –und Datum	X	X		X	

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

13 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten 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
	der letzten Transplantation in Tagen ¹⁴					
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁵	X			X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X	X	
33	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X			
34	Patient verstorben		X		X	
35	Todesdatum		X			
36	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹⁶		X		X	
37	Monat des Todesdatums ¹⁷				X	
38	Todesursache(n) im Verlauf			X		
39	FEV 1 (höchster Wert)		X	X		
40	FEV 1 (aktueller Wert)		X	X		
41	FEV1-Messung nicht möglich			X	X	
42	Cyclosporin			X		
43	Tacrolimus			X		
44	Azathioprin			X		
45	Mycophenolat			X		

14 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.

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

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

17 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 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
46	Steroide			X		
47	m-ToR-Inhibitor			X		
48	andere			X	X	

h) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	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@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X	
§284 (Stammdaten)							

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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)	Stamm@versicherungsdatum				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
	15.11.) ²						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	der Kasse ⁵						
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	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufdatum	X				X
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlas-	X				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
	das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	sung/Verlegung@entldatum					
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X		X
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)			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 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
		@khunterbrechung					
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X

i) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen

siehe Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

j) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen (Follow-up)

siehe Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

k) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation

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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	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
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸			X	X	
19	Monat des Aufnahmetages ⁹	X	X	X	X	
~~20~~	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
~~202~~ <u>1</u>	Fachabteilung	X		X		
~~212~~ <u>2</u>	Geburtsjahr ¹⁰	X	X	X	X	
~~222~~ <u>3</u>	Geschlecht	X	X	X		
~~232~~ <u>4</u>	Grunderkrankung		X	X		
~~242~~ <u>5</u>	Diabetes mellitus		X	X		
~~252~~ <u>6</u>	Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen (offen-chirurgisch) am Patienten durchgeführt?		X	X	X	
~~262~~ <u>7</u>	Herztransplantation		X	X	X	
~~272~~ <u>8</u>	Assist Device/TAH		X	X	X	
~~282~~ <u>9</u>	Koronarchirurgie		X	X	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
~~293~~ <u>0</u>	Klappenchirurgie		X	X	X	
~~303~~ <u>1</u>	Korrektur angeborener Vitien		X	X	X	
~~313~~ <u>2</u>	sonstige		X	X	X	
~~323~~ <u>3</u>	Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen am Herzen		X	X		
~~333~~ <u>4</u>	Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen unbekannt		X	X		
~~343~~ <u>5</u>	Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation		X	X		
~~353~~ <u>6</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Voroperation in Tagen ¹¹				X	
~~363~~ <u>7</u>	Abstand zwischen Geburtsdatum und letzter thorakaler Voroperation ¹²				X	
~~373~~ <u>8</u>	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?		X		X	

11 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

12 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation“ und „Geburtsdatum“ 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
~~383~~ <u>9</u>	Hepatitis B		X	X		
~~394~~ <u>0</u>	Hepatitis C		X	X		
~~404~~ <u>1</u>	Blutgruppe		X	X		
~~414~~ <u>2</u>	Rhesusfaktor			X		
~~424~~ <u>3</u>	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?		X	X	X	
~~434~~ <u>4</u>	Befand sich der Patient vor oder während des stationären Aufenthaltes auf der Warteliste für eine Herztransplantation?			X	X	
~~444~~ <u>5</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
~~454~~ <u>6</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹³	X			X	

13 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
~~464~~ <u>7</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁴	X			X	
~~474~~ <u>8</u>	Versionsnummer				X	
~~484~~ <u>9</u>	Wieviele Implantation während dieses Aufenthaltes?				X	
~~495~~ <u>0</u>	durchgeführter Eingriff		X		X	
~~505~~ <u>1</u>	Zielstellung		X	X		
~~515~~ <u>2</u>	Lag bei dem Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs eine akute Herzinsuffizienz vor?		X	X		
~~525~~ <u>3</u>	geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage			X		
~~535~~ <u>4</u>	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
~~545~~ <u>5</u>	INTERMACS Profile-Level 1 - 7		X	X		
~~555~~ <u>6</u>	linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%		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.

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
~~565~~ <u>7</u>	6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter		X	X		
~~575~~ <u>8</u>	maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O ₂ /min/kg Körpergewicht		X	X		
~~585~~ <u>9</u>	dokumentierte stationäre Aufnahme aufgrund Linksherzdekompensation in den letzten 12 Monaten		X	X		
~~596~~ <u>0</u>	Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt bekannt		X	X		
~~606~~ <u>1</u>	OP-Datum	X				
~~616~~ <u>2</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁵	X		X	X	
~~626~~ <u>3</u>	Monat der Operation (VAD/TAH) ¹⁶	X			X	
~~636~~ <u>4</u>	Operation ¹⁷	X		X		
~~646~~ <u>5</u>	Typ des Pumpsystems		X	X		
~~656~~ <u>6</u>	Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens		X	X		

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

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

17 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
~~666~~ <u>7</u>	Art des Unterstützungssystems		X	X	X	
~~676~~ <u>8</u>	Abbruch der Implantation		X	X		
~~686~~ <u>9</u>	Sepsis		X	X		
~~697~~ <u>0</u>	neurologische Dysfunktion		X	X		
~~707~~ <u>1</u>	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems		X	X		
~~717~~ <u>2</u>	Rechtsherzversagen			X		
~~727~~ <u>3</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~737~~ <u>4</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁸	X			X	
~~747~~ <u>5</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁹	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.

19 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

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
~~757~~ <u>6</u>	Versionsnummer				X	
~~767~~ <u>7</u>	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthal- tes?		X		X	
~~777~~ <u>8</u>	PRA		X	X		
~~787~~ <u>9</u>	Dringlichkeit		X	X		
~~798~~ <u>0</u>	CAS (Cardiac Allocation Score)		X	X		
~~808~~ <u>1</u>	Lungengefäßwiderstand Wert		X	X		
~~818~~ <u>2</u>	Beatmung		X	X		
~~828~~ <u>3</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X		
~~838~~ <u>4</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X		
~~848~~ <u>5</u>	Induktionstherapie			X		
~~858~~ <u>6</u>	Cyclosporin			X		
~~868~~ <u>7</u>	Tacrolimus			X		

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
~~878~~ <u>8</u>	Azathioprin			X		
~~888~~ <u>9</u>	Mycophenolat			X		
~~899~~ <u>0</u>	Steroide			X		
~~909~~ <u>1</u>	m-ToR-Inhibitor			X		
~~919~~ <u>2</u>	andere			X	X	
~~929~~ <u>3</u>	Spenderalter			X		
~~939~~ <u>4</u>	Geschlecht	X		X		
~~949~~ <u>5</u>	Körpergröße			X		
~~959~~ <u>6</u>	Körpergewicht			X		
~~969~~ <u>7</u>	Blutgruppe		X	X		
~~979~~ <u>8</u>	Rhesusfaktor			X		
~~989~~ <u>9</u>	Todesursache			X		
~~991~~ <u>00</u>	Vasopressorthherapie		X	X		
~~100~~ <u>101</u>	CK-Wert		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~101~~ <u>102</u>	CK-MB-Wert		X	X		
~~102~~ <u>103</u>	Herzstillstand		X	X		
~~103~~ <u>104</u>	hypotensive Periode		X	X		
~~104~~ <u>105</u>	Koronarangiographie erfolgt		X	X		
~~105~~ <u>106</u>	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X		
~~106~~ <u>107</u>	Einsatz eines Perfusionssystems			X	X	
~~107~~ <u>108</u>	Kategorie des Spenderorgans		X	X		
~~108~~ <u>109</u>	Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls		X	X		
~~109~~ <u>110</u>	Datum der Organentnahme		X	X		
~~110~~ <u>111</u>	Hämatokrit (Hk)		X	X		
~~111~~ <u>112</u>	OP-Datum	X	X			
~~112~~ <u>113</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ²⁰	X	X	X	X	

²⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~113~~ <u>114</u>	Monat der Operation ²¹	X	X	X	X	
~~114~~ <u>115</u>	Operation ²²	X		X	X	
~~115~~ <u>116</u>	Abbruch der Transplantation			X		
~~116~~ <u>117</u>	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation			X		
~~117~~ <u>118</u>	kalte Ischämiezeit			X		
~~118~~ <u>119</u>	Cyclosporin			X		
~~119~~ <u>120</u>	Tacrolimus			X		
~~120~~ <u>121</u>	Azathioprin			X		
~~121~~ <u>122</u>	Mycophenolat			X		
~~122~~ <u>123</u>	Steroide			X		
~~123~~ <u>124</u>	m-ToR-Inhibitor			X		
~~124~~ <u>125</u>	andere				X	
~~125~~ <u>126</u>	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen			X		

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

22 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
~~126~~ <u>127</u>	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt			X	X	
~~127~~ <u>128</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ²³			X		
~~128~~ <u>129</u>	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ²⁴				X	
~~129~~ <u>130</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ²⁵				X	

23 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.

24 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.

25 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

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
~~130~~ <u>131</u>	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ²⁶				X	
~~131~~ <u>132</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ²⁷				X	
~~132~~ <u>133</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ²⁸	X	X		X	
~~133~~ <u>134</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten				X	

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.

26 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.

27 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.

28 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.

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
	(einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?					
~~134~~ <u>135</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
~~135~~ <u>136</u>	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	
~~136~~ <u>137</u>	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
~~137~~ <u>138</u>	Wochentag 1 - 7 ²⁹				X	
~~138~~ <u>139</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ³⁰	X		X	X	

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

30 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
~~139~~ <u>140</u>	Monat des Entlassungstages ³¹	X	X	X	X	
~~140~~ <u>141</u>	Entlassungsdiagnose(n) ³²	X		X		
~~141~~ <u>142</u>	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~142~~ <u>143</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~143~~ <u>144</u>	Todesursache(n) akut			X		
~~144~~ <u>145</u>	Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde?			X		

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

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

I) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation (Follow-up)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer 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	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte 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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶			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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX))

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
17	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister ⁷				X	
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ⁸				X	
19	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle ⁹				X	

DeQS-RL 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 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.

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	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹⁰				X	
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹¹	X	X		X	
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur wei-				X	

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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	teren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?					
24	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	
25	Geburtsjahr ¹²	X		X		
26	Geschlecht	X		X		
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Monat der letzten Transplantation ¹³	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung		X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up –und Datum		X	X	X	

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

13 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten 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
	der letzten Transplantation in Tagen ¹⁴					
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁵	X		X	X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X	X	
33	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X			
34	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	X	
35	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up			X		
36	Patient verstorben		X	X	X	
37	Todesdatum		X			
38	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹⁶		X	X	X	
39	Monat des Todesdatums ¹⁷			X	X	

14 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.

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

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

17 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
40	Todesursache(n) im Verlauf ¹⁸			X		
41	Cyclosporin			X		
42	Tacrolimus			X		
43	Azathioprin			X		
44	Mycophenolat			X		
45	Steroide			X		
46	m-ToR-Inhibitor			X		
47	andere			X	X	

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

m) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Herztransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	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 Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X	

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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
§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 Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)	Stamm@versicherungsdatum				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	15.11.) ²						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absen-				X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Datenbestand der Kasse ⁵	ders)@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	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufdatum	X				X
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag	X				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
	der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	der Entlassung/Verlegung@entldatum					
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X		X
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verle-			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
		gungsgrund)@khunterbrechung					
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X

n) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

siehe Herztransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

o) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende

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	

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
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte Spender ³	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus Spender ⁴	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ⁵	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	

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

4 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ 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	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸		X	X	X	
19	Monat des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
~~20~~	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
~~202~~ <u>1</u>	Fachabteilung	X				
~~212~~ <u>2</u>	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister ¹⁰				X	

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.

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 werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~222~~ <u>3</u>	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle ¹¹				X	
~~232~~ <u>4</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹²	X	X		X	
~~242~~ <u>5</u>	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹³			X		
~~252~~ <u>6</u>	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur wei-				X	

11 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.

12 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 des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „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.

13 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 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
	teren Übermittlung der Da- ten an das TX-Register vor? (N/V) ¹⁴					
~~262~~ <u>7</u>	Liegt eine wirksame Einwilli- gung des Patienten zur wei- teren Verarbeitung perso- nenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungs- stelle vor? (N/V) ¹⁵				X	
~~272~~ <u>8</u>	Liegt eine wirksame Einwilli- gung des Patienten zur wei- teren Verarbeitung perso- nenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungs- stelle vor?				X	
~~282~~ <u>9</u>	Liegt eine wirksame Einwilli- gung des Patienten zur wei- teren Übermittlung perso- nenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsre- gister vor?				X	

14 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.

15 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
~~293~~ <u>0</u>	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	
~~303~~ <u>1</u>	Geburtsjahr ¹⁶	X		X	X	
~~313~~ <u>2</u>	Geschlecht	X	X	X		
~~323~~ <u>3</u>	Körpergröße			X		
~~333~~ <u>4</u>	Körpergewicht bei Aufnahme			X		
~~343~~ <u>5</u>	arterielle Hypertonie präoperativ			X		
~~353~~ <u>6</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
~~363~~ <u>7</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
~~373~~ <u>8</u>	OP-Datum	X	X			

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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~383~~ <u>9</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁷	X	X	X	X	
~~394~~ <u>0</u>	Monat der Operation ¹⁸	X	X	X	X	
~~404~~ <u>1</u>	Operation ¹⁹	X		X		
~~414~~ <u>2</u>	Dauer des Eingriffs			X		
~~424~~ <u>3</u>	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X		
~~434~~ <u>4</u>	Blutung		X	X		
~~444~~ <u>5</u>	Reoperation erforderlich		X	X		
~~454~~ <u>6</u>	sonstige Komplikationen		X	X		
~~464~~ <u>7</u>	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?		X	X	X	
~~474~~ <u>8</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
~~484~~ <u>9</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
~~495~~ <u>0</u>	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X	

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

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

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
~~505~~ <u>1</u>	Albumin i. U. $\geq 30\text{mg/l}$		X	X	X	
~~515~~ <u>2</u>	Albumin i. U.		X	X		
~~525~~ <u>3</u>	arterielle Hypertonie			X		
~~535~~ <u>4</u>	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
~~55~~ <u>5</u>	<u>Wochentag 1 - 7²⁰</u>				<u>X</u>	
~~545~~ <u>6</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²¹	X		X	X	
~~555~~ <u>7</u>	Monat des Entlassungstages ²²	X		X	X	
~~565~~ <u>8</u>	Entlassungsdiagnose(n) ²³	X		X		
~~575~~ <u>9</u>	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~586~~ <u>0</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~596~~ <u>1</u>	Todesursache			X		

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

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

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

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

|

p) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende (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	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte Spender ³	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus Spender ⁴	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ⁵	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				

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

4 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ 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	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister ⁶				X	
17	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle ⁷				X	
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁸	X	X		X	
19	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁹			X		

6 In der Dokumentationssoftware ~~wird~~werden über ~~das Datenfeld~~die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren ~~Verarbeitung~~Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) ~~in der Bundesauswertungsstelle~~an das Transplantationsregister vor?“ ~~die notwendige Information~~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 ~~der/denen~~ dieses Exportfeld berechnet wird.

7 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.

8 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 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „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.

9 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?“

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	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V) ¹⁰				X	
21	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V) ¹¹				X	
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer)				X	

“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL 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.

10 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.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	in der Bundesauswertungsstelle vor?					
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	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	
25	Geburtsjahr ¹²	X			X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der Nierenlebenspende	X	X			
28	Monat der Lebenspende ¹³	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Nierenlebenspende“ 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	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up –und Datum der Lebendspende in Tagen ¹⁴	X	X		X	
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁵	X			X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X		
33	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X	X		
34	Spender verstorben		X	X	X	
35	Todesdatum		X			
36	Monat des Todesdatums ¹⁶			X	X	
37	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹⁷		X		X	
38	Spender dialysepflichtig?		X	X	X	
39	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
40	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
41	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
42	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X	

14 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Follow-up-Erhebung“ und „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

17 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
43	Albumin i. U. $\geq 30\text{mg/l}$		X	X	X	
44	Albumin i. U.		X	X		
45	Komplikation		X	X		
46	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		
47	arterielle Hypertonie			X		

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: QS KCHK - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 4 Abs. 2
- 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 Punkte sind **gelb** markiert.

Kommentiert [A1]: UA QS 25.03.2026:

Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)

Zu Buchstabe a KCHK-AK_CHIR:

Zu QI-ID 382000 (Intraprozedurale Komplikationen) **und QI ID 382700** (Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff):
DKG: Keine Übernahme der Empfehlungen des IQTIG zur Streichung des QI 382000 und zur Einführung des neuen QI 382700. Es fehlt eine inhaltliche Begründung zur neu integrierten Berücksichtigung von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen. Der Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen wurde bisher nicht über einen Qualitätsindikator in diesem Modul untersucht.

GKV-SV/PatV: Übernahme der IQTIG-Empfehlungen zur Streichung des QI 382000 und zur Einführung des neuen QI 382700

Zu Buchstabe b KCHK-AK-KATH:

Zu QI-ID 372000 (Intraprozedurale Komplikationen) **und QI ID 372700** (Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff):
DKG: Keine Übernahme der Empfehlungen des IQTIG zur Streichung des QI 372000 und zur Einführung des neuen QI 372700. Es fehlt eine inhaltliche Begründung zur neu integrierten Berücksichtigung von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen. Der Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen wurde bisher nicht über einen Qualitätsindikator in diesem Modul untersucht.

GKV-SV/PatV: Übernahme der IQTIG-Empfehlungen zur Streichung des QI 372000 und zur Einführung des neuen QI 372700

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe an der Aortenklappe, der Mitralklappe und an Herzkranzgefäßen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS KCHK“ genannt.

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

- a) Indikationsstellung
- b) Erreichen von Behandlungszielen
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- e) Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

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 der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). ²Dies sind insbesondere das Überleben, eingriffsbedingte Komplikationen sowie erneute Folgeeingriffe und Krankenhausaufenthalte.

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Indexeingriff.

(5) 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

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

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.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite im Lenkungsgremium gemäß Teil 1 § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte 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 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 Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 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 Krankenhäusern sowie
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2020. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2020.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

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) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser 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 aus bis zu zwei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten gemäß § 16 Absatz 1
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

- 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 Kennzahlsergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
 - e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlsergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
 - f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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) 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.
- (4) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:
- a) Isolierte Koronarchirurgie
 - b) Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie
 - c) Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
 - d) Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
 - e) Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe
 - f) Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
 - g) Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe
 - h) Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen

- (1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Koronarchirurgie und Eingriffe an den Herzklappen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.
- (2) Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:
- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
 - b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

- 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 Kennzahlgergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 (weggefallen)

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Bundesfachkommissionen

(1) ¹Die Bundesstelle richtet eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie und Aortenklappe“ und eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Mitralklappe“ ein. ²Die Bundesfachkommissionen übernehmen die fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Auswertungen. ³In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie“ erfolgt die Beratung des Leistungsbereichs gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis d. ⁴In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Mitralklappe“ erfolgt die Beratung der Leistungsbereiche gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe e bis h. ⁵Des Weiteren beraten die Bundesfachkommissionen die Stelle nach § 7 Absatz 2 bei der Bewertung auffälliger Ergebnisse und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie.

(2) ¹Die Bundesfachkommissionen bestehen jeweils aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ oder „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates erhalten ein Mitberatungsrecht. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁵Alle Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit Herzerkrankungen.

(3) Die Bundesfachkommissionen übernehmen gemäß Teil 1 § 8a Absatz 2 und 3 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

¹Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung des Qualitätssicherungsverfahrens „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“ richtet das Institut nach § 137a SGB V ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein, für das jeweils drei ärztliche Vertreterinnen oder Vertreter der beiden Bundesfachkommissionen nach § 14 von diesen benannt werden. ²Darüber hinaus ist aus jeder Bundesfachkommission nach § 14 eine Vertreterin oder ein Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zu benennen. ³Das Expertengremium soll die unter Teil 1 § 26 Absatz 3 genannten Aufgaben wahrnehmen sowie unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen in den unter § 10 Absatz 4 genannten Leistungsbereichen bewerten und ggf. erforderlichen Handlungsbedarf feststellen.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Krankenhäuser 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 weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt sowie differenziert nach

- a) offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)
- b) kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)
- c) Koronarchirurgie (HCH_KC)
- d) kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)
- e) offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)

für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(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.

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser 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 sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren 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 Bundesstelle zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen, sowie die Ergebnisse gemäß Teil 1 § 19 Absatz 3 der Richtlinie des Vorjahres.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ²Bis dahin werden keine Vergütungsabschlüsse erhoben.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)

a) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

~~1~~	~~Intraprozedurale Komplikationen~~
~~ID~~	~~382000~~
~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
<u>1</u>	<u>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff</u>
<u>ID</u>	<u>382700</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	382001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	382003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	382004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	382007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	382008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

~~1~~	~~Intraprozedurale Komplikationen~~
~~ID~~	~~372000~~
~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
<u>1</u>	<u>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff</u>
<u>ID</u>	<u>372700</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
~~2~~	~~Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts~~
~~ID~~	~~372001~~

~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
~~32~~	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	372002
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~43~~	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	372003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~54~~	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	372004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~65~~	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	372007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	372008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
----------------	---------------------

c) Indikatorenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	352001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	352400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	352401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	352008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	352009
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Indikatorenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts nach einem Mitralklappeneingriff
ID	362004
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	362005
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff
ID	362007
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	362400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	362401

Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	362020
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
ID	362010
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	362021
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

e) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

~~1~~	~~Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts nach einem Mitralklappeneingriff~~
~~ID~~	~~402002~~
~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.~~

Qualitätsziel	<u>Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen</u>
Indikatortyp	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>1</u>	<u>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff</u>
<u>ID</u>	<u>402700</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	402003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~3~~	~~Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff~~
~~ID~~	~~402005~~
~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
~~43~~	~~Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen~~
ID	402008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~54~~	~~Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres~~
ID	402009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~65~~	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	402012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
ID	402007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	402013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

f) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

~~1~~	~~Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts nach einem Mitralklappeneingriff~~
~~ID~~	~~392002~~
~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
<u>1</u>	<u>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff</u>
<u>ID</u>	<u>392700</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes oder innerhalb von 90 Tagen.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	392003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~3~~	~~Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff~~
~~ID~~	~~392005~~
~~Beschreibung~~	~~Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
<u>43</u>	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	392008

Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~54~~	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	392009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~65~~	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	392012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
ID	392007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	392013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)**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 (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	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
14	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
15	Fachabteilung	X				
16	Quartal des Aufnahmetages ⁸	X		X	X	
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁹	X	X	X	X	
~~18~~	~~Aufnahmegrund~~	~~X~~				
~~19~~ ~~8~~	Geburtsjahr ¹⁰	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“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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 (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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 Falli- dentif- ikation	Daten- felder für die Indi- kator- oder Kennzah lberech- nung	Daten- felder für die Ba- sisausw ertung	Tech- nische und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- for- mation
~~201~~ 9	Geschlecht	X	X	X		
~~212~~ 0	Körpergröße		X	X		
~~222~~ 1	Körpergröße unbekannt		X	X		
~~232~~ 2	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
~~242~~ 3	Körpergewicht unbekannt		X	X		
~~252~~ 4	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA- Klassifikation)		X	X		
~~262~~ 5	Angina Pectoris		X	X		
~~272~~ 6	klinisch nachgewiesene(r) My- okardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		X	X		
~~282~~ 7	kardiogener Schock / Dekompensation		X	X		
~~292~~ 8	Reanimation		X	X		
~~302~~ 9	systolischer Pulmonalarter- iendruck		X	X		
~~313~~ 0	systolischer Pulmonalarter- iendruck unbekannt		X	X		
~~323~~ 1	Herzrhythmus		X	X		
~~333~~ 2	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger		X	X		
~~343~~ 3	Einstufung nach ASA- Klassifikation		X	X		
~~353~~ 4	LVEF		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- dentif- ikation	Daten- felder für die Indi- kator- oder Kennzah- lberech- nung	Daten- felder für die Ba- sisausw- ertung	Tech- nische und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- for- mation
~~363~~ 5	LVEF unbekannt		X	X		
~~373~~ 6	Befund der koronaren Bildge- bung		X	X		
~~383~~ 7	Hauptstammstenose		X	X		
~~393~~ 8	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein in- terventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt?		X	X		
~~403~~ 9	Datum letzte PCI		X	X		
~~414~~ 0	Anzahl		X	X		
~~424~~ 1	akute Infektion(en) ¹¹		X	X		
~~434~~ 2	Diabetes mellitus		X	X		
~~444~~ 3	arterielle Gefäßerkrankung		X	X	X	
~~454~~ 4	periphere AVK		X	X		
~~464~~ 5	Arteria Carotis		X	X		
~~474~~ 6	Aortenaneurysma		X	X		
~~484~~ 7	sonstige arterielle Ge- fäßerkrankung(en)		X	X	X	
~~494~~ 8	Lungenerkrankung(en)		X	X		

¹¹ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermög-
licht. 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
~~504~~ 9	neurologische Erkrankung(en)		X	X		
~~515~~ 0	Schweregrad der Behinderung		X	X		
~~525~~ 1	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X	
~~535~~ 2	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
~~545~~ 3	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
~~555~~ 4	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
~~565~~ 5	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹²	X			X	
~~575~~ 6	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹³	X			X	
~~585~~ 7	Versionsnummer				X	
~~595~~ 8	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X	

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.

13 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- dentif- ikation	Daten- felder für die Indi- kator- oder Kennzah- lberech- nung	Daten- felder für die Ba- sisausw- ertung	Tech- nische und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- for- mation
~~605~~ 9	Konversionseingriff		X	X	X	
~~616~~ 0	OP-Datum	X	X			
~~626~~ 1	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁴	X	X	X	X	
~~636~~ 2	Quartal der Operation ¹⁵	X		X	X	
~~646~~ 3	Operation ¹⁶	X		X		
~~656~~ 4	Koronarchirurgie		X	X	X	
~~666~~ 5	Aortenklappeneingriff		X	X	X	
~~676~~ 6	Mitralklappeneingriff		X	X	X	
~~686~~ 7	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		X	X	X	
~~696~~ 8	Eingriff an der Trikuspi- dalklappe		X	X		
~~706~~ 9	Eingriff an der Pulmonalklappe		X	X		
~~717~~ 0	Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand		X	X		
~~727~~ 1	Vorhofablation		X	X		
~~737~~ 2	Eingriff an herznahen Gefäßen		X	X		

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

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

16 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
~~747~~ 3	Herzohrverschluss/-amputation		X	X		
~~757~~ 4	interventioneller Koronareingriff (PCI)		X	X		
~~767~~ 5	sonstige		X	X		
~~777~~ 6	Patient wird beatmet		X	X		
~~787~~ 7	Dringlichkeit		X	X		
~~797~~ 8	Nitrate (präoperativ)		X	X		
~~807~~ 9	Troponin positiv (präoperativ)		X	X		
~~818~~ 0	Inotrope (präoperativ)		X	X		
~~828~~ 1	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		X	X		
~~838~~ 2	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		
~~848~~ 3	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~858~~ 4	Vorgangsnummer und Datensatz-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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~86~~ 5	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁸	X			X	
~~87~~ 6	Versionsnummer				X	
~~88~~ 7	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
~~89~~ 8	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?				X	
~~90~~ 9	Zugang (KC)		X	X		
~~91~~ 0	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~92~~ 1	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁹	X			X	
~~93~~ 2	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²⁰	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.

19 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.

20 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 unterschied-

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
~~949~~ 3	Versionsnummer				X	
~~959~~ 4	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
~~969~~ 5	Wievielter Aortenklappen- eingriff während dieses Aufenthaltes?				X	
~~979~~ 6	Zugang (AORT)		X	X		
~~989~~ 7	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~999~~ 8	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ²¹	X			X	
~~100~~ 99	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²²	X			X	

liche 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.

21 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.

22 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- dentif- ikation	Daten- felder für die Indi- kator- oder Kennzah- lberech- nung	Daten- felder für die Ba- sisausw- ertung	Tech- nische und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- for- mation
<u>101</u> ~~100~~	Versionsnummer				X	
<u>102</u> ~~101~~	Wert des eindeutigen Bogen- feldes des Mutterteildaten- satzes				X	
<u>103</u> ~~102~~	Wievielter Mitralklappene- ingriff während dieses Aufen- thaltes?				X	
<u>104</u> ~~103~~	Zugang (MKE)		X	X		
<u>105</u> ~~104~~	intraprozedurale Komplika- tionen		X	X	X	
<u>106</u> ~~105~~	Device-Fehlpositionierung		X	X	X	
<u>107</u> ~~106~~	Koronarostienverschluss		X	X	X	
<u>108</u> ~~107~~	Aortendissektion		X	X	X	
<u>109</u> ~~108~~	Aortenregurgitation > = 2. Grades		X	X	X	
<u>110</u> ~~109~~	Annulus-Ruptur		X	X	X	
<u>111</u> ~~110~~	Ruptur-/Perforation einer Her- zhöhle		X	X	X	
<u>112</u> ~~111~~	Perikardtamponade		X	X	X	
<u>113</u> ~~112~~	kardiale Dekompensation		X	X	X	
<u>114</u> ~~113~~	Hirnembolie		X	X	X	
<u>115</u> ~~114~~	Rhythmusstörungen		X	X	X	
<u>116</u> ~~115~~	Device-Embolisation		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- dentif- ikation	Daten- felder für die Indi- kator- oder Kennzah- lberech- nung	Daten- felder für die Ba- sisausw- ertung	Tech- nische und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- for- mation
~~117~~ <u>116</u>	vaskuläre Komplikation		X	X	X	
~~118~~ <u>117</u>	Low Cardiac Output		X	X	X	
~~119~~ <u>118</u>	schwerwiegende oder lebens- bedrohliche Blutungen (in- traoperativ/intraprozedural)		X	X	X	
~~120~~ <u>119</u>	Patient verstarb im OP/Katheterlabor		X	X	X	
~~121~~ <u>120</u>	Therapie des Low Cardiac Out- put		X	X		
~~122~~ <u>121</u>	Konversion		X	X	X	
~~123~~ <u>122</u>	Grund für die Konversion		X	X		
~~124~~ <u>123</u>	neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X		
~~125~~ <u>124</u>	komplikationsbedingter not- fallmäßiger Re-Eingriff		X	X		
~~126~~ <u>125</u>	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		X	X		
~~127~~ <u>126</u>	Perikardtamponade		X	X		
~~128~~ <u>127</u>	schwerwiegende oder lebens- bedrohliche Blutungen (post- prozedural)		X	X		
~~129~~ <u>128</u>	Mediastinitis		X	X		
~~130~~ <u>129</u>	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~130~~ <u>131</u>	Abstand OP-Datum - zerebrovaskuläres Ereignis ²³		X	X		
~~131~~ <u>132</u>	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X		
~~132~~ <u>133</u>	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X		
~~133~~ <u>134</u>	therapiebedürftige zugangsassozierte Komplikationen		X	X	X	
~~134~~ <u>135</u>	Infektion(en)		X	X		
~~135~~ <u>136</u>	Sternuminstabilität		X	X		
~~136~~ <u>137</u>	Gefäßruptur		X	X		
~~137~~ <u>138</u>	Dissektion		X	X		
~~138~~ <u>139</u>	therapierelevante Blutung/Hämatom		X	X		
~~139~~ <u>140</u>	Ischämie		X	X		
~~140~~ <u>141</u>	AV-Fistel		X	X		
~~141~~ <u>142</u>	sonstige		X	X		
~~142~~ <u>143</u>	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X		
~~143~~ <u>144</u>	paravalvuläre Leckage		X	X		

²³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des neu aufgetretenen zerebrovaskulären Ereignisses“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- dentif- ikation	Daten- felder für die Indi- kator- oder Kennzah- lberech- nung	Daten- felder für die Ba- sisausw- ertung	Tech- nische und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- for- mation
~~145~~ ~~144~~	Entlassungsdiagnose(n) ²⁴	X		X		
~~146~~ ~~145~~	Quartal des Entlassungstages ²⁵	X		X	X	
~~147~~ ~~146~~	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁶	X		X	X	
~~148~~ ~~147~~	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~149~~ ~~8~~	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X	X		

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

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

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

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

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
§ 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	
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	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			

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

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

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

Lfd. Nr.	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
	den Einrichtung						
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnnummer				X	
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X				X
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	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
	verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)						
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungs-ende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X		X
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000'	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern						
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei ei-	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
	ner 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 Ne-	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
	bendiagnosen 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						
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	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
	der durchgeführten Leistung						
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
16	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
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 Identifikation	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.

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
	tionsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶						
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
23	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation,	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

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

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

Lfd. Nr.	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
	mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern						
24	Sicherheit der primären Behandlungsd Diagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X.		
25	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 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
26	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicicherheit_sek			X		
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, ZUGANGS DATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
29	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X

⁸ Die Engeltart wird nur dann exportiert, wenn es sich um eine EBM-Ziffer handelt.

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
	Schlüssel der durchgeführten Leistung)						
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	
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			

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

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				
36	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	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		
39	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	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
	Spezifikation						
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
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
43	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		X
44	Sterbedatum des	Stamm@sterbedatum		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
	Versicherten						
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	
47	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 295 (selektivvertraglich)							

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 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	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(295s)@quelle				X	
49	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
50	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
51	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X				
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@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.

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 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
	R) ¹⁶						
53	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁷	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	
54	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			X
55	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11X / 11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum					
56	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11X / 11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum					
57	Liste der ICD-Schlüssel	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung	X	X			X

¹⁶ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹⁷ 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 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
	gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	nung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd					
58	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit			X		
59	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
60	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
61	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X
Administrative Daten							
62	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X	
63	Laufende	sequential_nr(Admin)@lfdnr				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
	Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei						
64	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
65	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X	

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 7: QS KAROTIS - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 5
- § 19
- Anlage I (*entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung mit einem kenntlich gemachten Änderungsvorschlag*)
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). ²Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. ³Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Karotis-Revaskularisation“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS KAROTIS“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle
- c) Prozessqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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 der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026³⁰ 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 2027³¹ außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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 der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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
 - 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 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 Krankenhaus 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) 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 Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorendergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, von denen mindestens eine oder einer die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Gefäßchirurgie und mindestens eine oder einer die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie führen muss und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Gefäßchirurgie, der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie.

²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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

¹Die Krankenhäuser 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 Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁶Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

~~Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs Karotis-Revaskularisation der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.~~

[unbesetzt]

Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	
ID	162400	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	
ID	162401	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades und eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist und eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder ~~Tod~~ Todesfälle bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	
ID	52240	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff	

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

Kennzahlenliste Karotis-Revaskularisation

1	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	11724
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	162301
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	605
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

ID	606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	51859
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	162300
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51865
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.

Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	162304
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51445
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51448
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51860
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	162303
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****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 (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²	X			X	
4	Versionsnummer				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	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig ³	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig ⁴	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr ⁵	X		X	X	
15	Geschlecht	X		X		
16	Körpergröße		X	X		
17	Körpergröße unbekannt		X	X		

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

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

5 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
18	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
19	Körpergewicht unbekannt		X	X		
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X	
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷		X	X	X	
~~22~~	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
~~23~~ ~~2~~	Diabetes mellitus		X	X		
~~24~~ ~~3~~	präprozedurale Nierenersatztherapie		X	X	X	
~~25~~ ~~4~~	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
~~26~~ ~~5~~	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
~~27~~ ~~6~~	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
~~28~~ ~~7~~	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?		X	X	X	
~~29~~ ~~8~~	Karotisläsion rechts		X	X	X	

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

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~302~~ 9	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X		
~~313~~ 0	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X	
~~323~~ 1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufent- haltes		X	X		
~~333~~ 2	Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen.		X	X		
~~343~~ 3	Karotisläsion links		X	X	X	
~~353~~ 4	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X		
~~363~~ 5	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X	
~~373~~ 6	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufent- haltes		X	X		
~~383~~ 7	Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen.		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- denti- fikation	Daten- felder für die Indika- tor- oder Kenn- zahlbe- rech- nung	Daten- felder für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~393~~ 8	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X		
~~403~~ 9	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X	
~~414~~ 0	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X	
~~424~~ 1	Überprüfung des Stenosegra- des erfolgt		X	X		
~~434~~ 2	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X	
~~444~~ 3	exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung		X	X		
~~454~~ 4	Aneurysma		X	X		
~~464~~ 5	symptomatisches Coiling		X	X		
~~474~~ 6	Mehretagenläsion		X	X		
~~484~~ 7	sonstige		X	X		
~~494~~ 8	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X	
~~504~~ 9	exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung		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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~51~~ 0	Aneurysma		X	X		
~~52~~ 1	symptomatisches Coiling		X	X		
~~53~~ 2	Mehretagenläsion		X	X		
~~54~~ 3	sonstige		X	X		
~~55~~ 4	Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdiszipli- nen?		X	X	X	
~~56~~ 5	Neurologie		X	X		
~~57~~ 6	Gefäßchirurgie		X	X		
~~58~~ 7	Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie		X	X		
~~59~~ 8	Angiologie		X	X		
~~60~~ 9	Kardiologie		X	X		
~~61~~ 0	Kardiochirurgie		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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~626~~ 1	sonstige		X	X		
~~636~~ 2	Ist eine Bildgebung des Hirnpa- renchyms vor dem Eingriff er- folgt?		X	X		
~~646~~ 3	Veränderung des Schweregra- des der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		X	X	X	
~~656~~ 4	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X		
~~666~~ 5	Registriernummer des Doku- mentationssystems (Länder- kode + Registrierkode)				X	
~~676~~ 6	Vorgangsnummer und Daten- satz-ID ⁸	X			X	
~~686~~ 7	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ⁹	X			X	

8 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.

9 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

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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~696~~ 8	Versionsnummer				X	
~~706~~ 9	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X	
~~717~~ 0	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰	X	X	X	X	
~~727~~ 1	Quartal der Operation ¹¹	X			X	
~~737~~ 2	Einstufung nach ASA- Klassifikation (vor dem Eingriff)		X	X	X	
~~743~~	ASA-Einstufung liegt nicht vor		X	X	X	
~~74~~	~~Form der Anästhesie~~			~~X~~	~~X~~	
75	therapierte Seite		X	X		
76	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X	

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.

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

11 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ 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
77	Prozedur(en) ¹²	X				
78	Art des Eingriffs		X	X		
79	Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?		X	X		
80	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X		
81	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X		
82	~~Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?~~			X		
83	~~Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?~~			X	X	
84	~~ASS~~			X		
85	~~Clopidogrel~~			X		
86	~~sonstige ADP-Rezeptorantagonisten~~			X		
87	~~GP IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten~~			X		

¹² 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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~88~~	~~NOAK/DOAK~~			X		
~~89~~	~~Vitamin-K-Antagonisten~~			X		
~~90~~	~~sonstige~~			X		
~~918~~ <u>2</u>	keine postprozedurale fach- neurologische Untersuchung erfolgt		X	X		
~~928~~ <u>3</u>	neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis		X	X	X	
~~938~~ <u>4</u>	TIA		X	X		
~~948~~ <u>5</u>	Hyperperfusionssyndrom		X	X		
~~958~~ <u>6</u>	Hirnnervenausfälle		X	X		
~~968~~ <u>7</u>	ischämischer Schlaganfall		X	X		
~~978~~ <u>8</u>	symptomatische intrakranielle Blutung		X	X		
~~988~~ <u>9</u>	sonstige		X	X		
~~999~~ <u>0</u>	Schweregrad des neurologi- schen Defizits		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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~100~~ <u>91</u>	lokale Komplikationen		X	X	X	
~~101~~ <u>92</u>	OP-pflichtige Nachblutung		X	X	X	
~~102~~ <u>93</u>	Nervenläsion als Folge des Ein- griffs		X	X	X	
~~103~~ <u>94</u>	Karotisverschluss		X	X	X	
<u>95</u>	<u>postprozedurales Aneurysma spurium</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
~~104~~ <u>96</u>	behandlungspflichtige Komplika- tionen an der Punktions- stelle		X	X	X	
~~105~~ <u>97</u>	Wundinfektionen		X	X	X	
~~106~~ <u>98</u>	sonstige		X	X	X	
~~107~~ <u>99</u>	Quartal des Entlassungstages ¹³	X			X	
~~108~~ <u>100</u>	Wochentag 1 - 7 ¹⁴			X		

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

14 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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- auswer- tung	Techni- sche und an- wen- dungs- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~109~~ <u>101</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁵	X		X	X	
~~110~~ <u>102</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁶	X				
~~111~~ <u>103</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~112~~ <u>104</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X	X		

¹⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 8: QS CAP - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 5
- § 19

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind ambulant erworbene Pneumonien bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „ambulant erworbene Pneumonie“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS CAP“ (community-acquired pneumonia) genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- b) Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts.

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

- a) Verbesserung der Prozessqualität
- b) Verringerung der Sterblichkeit.

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 der stationären Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (Indexbehandlungen).

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026~~30~~³⁰ 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~~31~~³¹ außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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 der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem aufnehmenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die mindestens eine Patientin oder einen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 behandelt haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Behandlung 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 Krankenhaus 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) 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 Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Behandlung stattfand
- d) die Indikatorendergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin. ²Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser sowie der Krankenkassen muss die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie führen. ³Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁴Die 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. ⁵Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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

¹Die Krankenhäuser 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 Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁶Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 die Auswertungen aus dem Vorjahr, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für ~~das~~ die Erfassungsjahre 2026 und 2027 finden die Regelungen über die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erhebung und Übermittlung von Daten nach Teil 1 § 15 Absatz 1 Satz 1 der Richtlinie in Verbindung mit Teil 2 QS CAP § 5 Absatz 1 und § 16 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Anlage I: Indikatorenliste (QS CAP)

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
ID	2005
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme
ID	2009
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Frühmobilisation nach Aufnahme
ID	2013
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Mobilisation nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
ID	2028
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung vollständig bestimmt wurden.
Qualitätsziel	Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	50778
Beschreibung	Der Indikator gibt die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus an.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
ID	50722
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme erfolgte.

Qualitätsziel	Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste Ambulant erworbene Pneumonie

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
ID	2006
Beschreibung	Die Kennzahl gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme bei Fällen, bei denen die Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus erfolgte, durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
ID	2007
Beschreibung	Die Kennzahl gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme bei Fällen, bei denen die Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus erfolgte, durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
ID	2036
Beschreibung	Die Kennzahl gibt an, wie häufig die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung ausreichend erfüllt wurden.
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
ID	231900
Beschreibung	Die Kennzahl gibt die Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus an (nicht risiko-adjustiert).

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CAP)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke**

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 anwendungsbegleitende Gründe	Follow-Up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
2	Vorgangsnummer	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID)	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig ¹	X	X	X	X	
11	aufnehmender Standort 6-stellig ²	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				

¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „aufnehmender Standort“ 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
14	Geburtsjahr ³	X		X	X	
15	Geschlecht	X	X	X		
16	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X	
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X	
18	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung		X	X		
19	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung		X	X		
20	chronische Bettlägerigkeit		X	X		
21	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, das heißt Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle		X	X	X	
22	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinsstörung (zum Beispiel Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X		
23	spontane Atemfrequenz		X	X		
24	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt		X	X		

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

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

⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
25	Blutdruck systolisch		X	X		
26	Blutdruck diastolisch		X	X		
27	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		X	X		
28	erste Sauerstoffsättigung		X	X		
29	erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst		X	X		
30	erste Sauerstoffsättigung unter nicht-invasiver Beatmung oder CPAP erfasst		X	X		
31	initiale antibiotische Therapie		X	X		
32	Beginn der Mobilisation		X	X		
33	maschinelle Beatmung		X	X		
34	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?		X	X	X	
35	Abstand Aufnahmedatum bis Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte ⁶			X	X	
36	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der			X	X	

⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
	Patientenakte bis Entlassungsdatum ⁷					
37	Quartal des Entlassungstages ⁸	X			X	
38	Wochentag 1 - 7 ⁹			X		
39	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X	X	X	X	
40	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X	X	X		
41	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
42	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
43	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinsstrübung (zum Beispiel Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X		
44	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme		X	X		
45	spontane Atemfrequenz		X	X		
46	Herzfrequenz		X	X		
47	Temperatur		X	X		
48	Sauerstoffsättigung		X	X		

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden- tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlbere- chnung	Datenfelder für die Basisaus- wertung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe	Follow- Up- Informa- tion
49	Blutdruck systolisch		X	X		

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 9: QS MC - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 5
- § 19
- 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*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust. ²Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden. ³Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Mammachirurgie“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS MC“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Prozessqualität
- c) Ergebnisqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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 der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026~~30~~ 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~~27~~31 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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 der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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
 - 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 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 Krankenhaus 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) 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 Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorendergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. ²Von diesen Vertreterinnen oder Vertretern sollte jeweils eine oder einer über die Bezeichnung Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie verfügen. ³Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. ⁴Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁵Die 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. ⁶Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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

¹Die Krankenhäuser 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 Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁶Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

~~Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs „Mammachirurgie“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.~~

[unbesetzt]

Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	
ID	51846	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen vor einem Ersteingriff bei Primärerkrankung DCIS oder invasives Mammakarzinom prätherapeutisch eine histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	
ID	212000	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und mit Mikrokalk ohne Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	
ID	212001	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4	Intraoperative Präparatebildgebung bei präoperativer mammografischer oder sonografischer Drahtmarkierung	
ID	212600	

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ mammografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder Sonografie
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
ID	50719
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS bei brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikatortyp	Prozessindikator
6	~~Indikation zur~~ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei negativem pN-Status statt Axilladisektion
ID	51847
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit negativem Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie erhielten und bei denen keine Axilladisektion durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Indikationsstellung
7	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
ID	51370
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen die Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff weniger als 7 Tage beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit ~~einem angemessenem~~ zeitlichen Abstand ~~von mindestens 7 Tagen~~ zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff

Indikatortyp	Prozessindikator
<u>8</u>	<u>Langer zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation</u>
ID	<u>212700</u>
Beschreibung	<u>Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen eine lange Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff vorliegt.</u>
Qualitätsziel	<u>Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff</u>
Indikatortyp	<u>Prozessindikator</u>
~~89~~	Nachresektionsrate
ID	60659
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Nachresektionen bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort bei abgeschlossener primär-operativer Therapie und erreichtem R0-Status.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<u>910</u>	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv
ID	211800
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff, die nach abgeschlossener primär-operativer Therapie eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs
Indikatortyp	Prozessindikator
~~1011~~	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv
ID	212400

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, die eine prätherapeutische Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****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)				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	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig ³	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig ⁴	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr ⁵	X		X	X	
15	Geschlecht	X		X		
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
17	Quartal des Aufnahmejahres ⁶	X		X	X	
18	Patientenalter am Aufnahmejahr in Jahren ⁷	X	X	X	X	
<u>19</u>	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				

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

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

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

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

7 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
~~201~~ 9	Aufnahmediagnose(n) ⁸	X				
~~212~~ 0	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~222~~ 1	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ⁹	X			X	
~~232~~ 2	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁰	X			X	
~~242~~ 3	Versionsnummer				X	
~~252~~ 4	betroffene Brust / Seite	X		X	X	
~~262~~ 5	Erkrankung an dieser Brust		X	X	X	

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

9 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.

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.

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
~~27~~ 6	Aufnahme zum ersten offe- nen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrank- ung an dieser Brust		X	X	X	
~~28~~ 7	Operativer Ersteingriff (Tu- mor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchge- führt?		X	X		
~~29~~ 8	tastbarer Mammabefund		X	X	X	
~~30~~ 9	Klinischer Lymphknotenbe- fund cN0		X	X		
~~31~~ 0	Mikrokalk ohne Herdbefund		X	X		
~~32~~ 1	Prätherapeutische histologi- sche Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuum- biopsie		X	X	X	
~~33~~ 2	Prätherapeutische Histolo- gie		X	X	X	
~~34~~ 3	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie		X	X		
~~35~~ 4	Datum (Ausgang bei Patho- logie) des letzten präthera- peutischen histologischen Befundes		X		X	
~~36~~ 5	Abstand zwischen Aufnah- medatum und Datum (Aus- gang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	histologischen Befundes in Tagen ¹¹					
~~373~~ 6	Quartal (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes ¹²		X		X	
~~383~~ 7	Ki67-Status (MIB-1-Index)			X		
~~393~~ 8	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	X	
~~403~~ 9	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		X	X		
~~414~~ 0	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat. in Tagen ¹³		X			
~~424~~ 1	Quartal der Diagnosemitteilung / des Therapie-Planungsgesprächs mit Pat. ¹⁴		X			

11 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

12 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

14 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ 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
~~434~~ 2	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~444~~ 3	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁵	X			X	
~~454~~ 4	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁶	X			X	
~~464~~ 5	Versionsnummer				X	
~~474~~ 6	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
~~484~~ 7	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X	
~~494~~ 8	~~präoperative Draht-~~ Prä- oder <u>intraoperative</u> Markierung		X	X	X	

15 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den 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
	von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren					
~~504~~ 9	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie		X	X		
~~515~~ 0	OP-Datum	X	X			
~~525~~ 1	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁷	X	X	X	X	
~~535~~ 2	Quartal der Operation ¹⁸	X			X	
~~545~~ 3	Operation ¹⁹	X	X	X	X	
~~555~~ 4	Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde		X	X	X	
~~565~~ 5	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie		X	X	X	
~~575~~ 6	Postoperativer Befund: begleitendes DCIS		X	X		
~~585~~ 7	primär-operative Therapie abgeschlossen		X	X	X	
~~595~~ 8	pT		X	X		

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

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

19 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listefeld, 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- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~605~~ 9	pN		X	X		
~~616~~ 0	Gesamttumorggröße		X	X		
~~626~~ 1	histologisch gesicherte Mul- tizentrität		X	X		
~~636~~ 2	R0-Resektion		X	X	X	
~~646~~ 3	geringster Abstand des Tu- mors (invasiver und nicht-in- vasiver Anteil) zum Resekti- onsrand			X	X	
~~656~~ 4	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchge- führt?		X	X		
~~666~~ 5	brusterhaltende Therapie (BET)		X	X		
~~676~~ 6	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegan- genem Aufenthalt durchge- führt		X	X		
~~686~~ 7	Sentinel-Lymphknoten-Biop- sie bei diesem oder voraus- gegangenen Aufenthalt durchgeführt		X	X		
~~696~~ 8	postoperative Therapiepla- nung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		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- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
~~706~~ 9	Entlassungsdatum Kranken- haus	X	X			
~~717~~ 0	Verweildauer im Kranken- haus in Tagen ²⁰	X	X	X	X	
~~727~~ 1	Quartal des Entlassungsta- ges ²¹	X			X	
~~737~~ 2	Wochentag 1 - 7 ²²			X		
~~747~~ 3	Entlassungsdiagnose(n) ²³	X		X		
~~757~~ 4	Entlassungsgrund	X		X		
~~757~~ 6	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X		X		

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

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

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

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

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Stand: 08.04.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 10: QS GYN-OP - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- §§ 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 20
- Anlage I (entspricht den vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassungen
 - zu Buchstabe a mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen und
 - zu Buchstabe b (zu PHYST))
- Anlage II
 - Buchstabe a (entspricht der vom IQTIG am 27.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen)
 - Buchstabe b (PHYST) (entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung)

Legende:

Dissente Punkte sind **gelb** markiert.

Kommentiert [Abt. QS-V1]: UA QS 25.03.2026:
 Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP) Buchstabe b (PHYST):
 Datenfeld Lfd. Nr. 11 „Name des behandelnden Standortes“
DKG: keine Übernahme IQTIG-Empfehlung Aufnahme des Datenfeldes
GKV-SV: Übernahme IQTIG-Empfehlung Aufnahme des Datenfeldes

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

- (1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind gynäkologische Eingriffe. ²Erfasst werden
- a) Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien) bei Patientinnen ab 11 Jahren sowie
 - b) Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung bei gesetzlich versicherten Patientinnen ab 18 Jahren,

die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten durchgeführt werden. ³Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

- (2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Gynäkologische Operationen“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS GYN-OP“ genannt.

- (3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Komplikationen
- c) Prozessqualität
- d) Information und Aufklärung, Interaktion und Kommunikation sowie Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- d) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information, Kommunikation und gemeinsamer Entscheidungsfindung.

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

§ 2 Eckpunkte

- (1) ¹Das Verfahren dient der Beurteilung der erbrachten Indexeingriffe. ²Für Operationen an den Eileitern und Eierstöcken gemäß § 1 Satz 2 Buchstabe a erfolgt die Beurteilung auf Basis von Daten aus der Qualitätssicherungs-Dokumentation der Krankenhäuser. ³Für Hysterektomien gemäß § 1 Satz 2 Buchstabe b erfolgt die Beurteilung auf Basis einer Patientenbefragung und fokussiert die Prozessqualität der Indikationsstellung.
- (2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.
- (3) 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

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026~~30~~ 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~~31~~ außer Kraft zu setzen ist. ⁴Abweichend von Satz 3 gilt für die Regelungen zur Patientenbefragung § 19 Absatz 8.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

(1) ¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

~~(1)(2)~~ Für die Patientenbefragung zu Hysterektomien gemäß § 1 Satz 2 Buchstabe b wird aus der entsprechenden Grundgesamtheit der in das Verfahren einbezogenen gesetzlich versicherten Patientinnen bei Krankenhäusern mit ausreichend hohen Fallzahlen eine Zufallsauswahl nach § 19 Absatz 2 (Stichprobe) getroffen.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Krankenhäusern und

a)b) den Patientinnen in Form einer Patientenbefragung verarbeitet.

²Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstabe a sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie und Versendedaten für Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie. ⁴Die Daten nach Satz 1 Buchstabe b sind Befragungsdaten aus Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2b der Richtlinie und werden in der Spezifikation nach Absatz 2 vorgegeben. ⁵Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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 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 verwendet:

- a) Daten der durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser
- b) Daten gesetzlich versicherter Patientinnen aus der Patientenbefragung verarbeitet.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) ¹Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

- mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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) 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 Daten gemäß Anlage II Buchstabe a 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 b. ³Der Zwischenbericht zum 30. September enthält zusätzlich die zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Befragungsdaten aus der Patientenbefragung.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) ¹Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens 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 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. ²Alle Vertreterinnen und Vertreter nach Satz 1 haben Fachkenntnisse in der operativen und konservativen Behandlung benignen gynäkologischer Erkrankungen. ^{2,3}Darüberhinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. ^{3,4}Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ^{4,5}Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch ~~kr~~anker 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. ^{5,6}Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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 Krankenhäuser 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 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 Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁶Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

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

(2) ¹Abweichend von Absatz 1 Sätze 1 bis 5 übermitteln die Krankenhäuser die zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten gemäß Anlage II Buchstabe b aller im Vormonat entlassenen bzw. behandelten gesetzlich versicherten Patientinnen mit Indexeingriff spätestens bis zum 12. Tag des Monats an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle. ²Gemäß Anlage zu Teil 1 § 3 der Richtlinie prüft die Datenannahmestelle die Daten

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	<u>,tauscht die leistungserbringeridentifizierenden Daten gegen das Leistungserbringerpseudonym aus</u>

und übermittelt die Daten unverzüglich weiter an die Versendestelle. ³Für die Daten besteht eine Korrekturfrist von sieben Tagen.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser 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 und die Ergebnisse der Patientenbefragung, die sich auf einen Indexeingriff des 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Ergebnisse der Patientenbefragung, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 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.

~~(1)~~(2) ¹Zur Durchführung der Befragung bei gesetzlich versicherten Patientinnen wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie eine Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung auf Basis der von einem Krankenhaus 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 darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der im Vormonat entlassenen bzw. behandelten Patientinnen eines Krankenhauses. ⁴Für jedes Krankenhaus sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr näherungsweise 200 Patientinnen 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 Krankenhäusern mit bis zu 200 Patientinnen wird somit in der Regel eine Vollerhebung angestrebt. ⁸Abweichend von Teil 1 § 11a Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie darf die Versendestelle

GKV-SV	DKG
die leistungserbringeridentifizierenden Daten	das Leistungserbringerpseudonym

und die Anzahl der von den Krankenhäusern 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 generieren.

~~(2)~~(3) ¹Die 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 wird im Anschreiben angegeben und beträgt 20 Tage nach Versendung des Fragebogens. ³Die Versendestelle erstellt weiterhin gegebenenfalls Anschreiben und Fragebogen zur wissenschaftlichen Begleitung nach Absatz 8 und stellt diese zum Versand bereit.

~~(3)~~(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, von denen noch kein Fragebogen

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

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 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.

(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 der Richtlinie übermittelt die Versendestelle jeweils zum 25. April, 25. Juli, 25. November und 25. Januar eine Tabelle an die Bundesauswertungsstelle, die die Anzahl der eingegangenen Patientendatensätze je Leistungserbringerpseudonym und Angaben zu von dem jeweiligen Krankenhaus stornierten Datensätzen an die Bundesauswertungsstelle enthält.

(8) ¹Für einen Zeitraum von vier 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 Krankenhäuser 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 Krankenhäuser zur Erhebung und Übermittlung der Daten nach **Anlage II Buchstabe b** zu Zwecken der Patientenbefragung und damit die Erprobung beginnt am 1. Januar 2027. ⁴Für die Indikatorergebnisse aus dem Erfassungsjahre 2027 findet Teil 1 § 17 der Richtlinie keine Anwendung und es erfolgt keine einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Qualitätsindikatorergebnisse. ⁵Zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die LAGen unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie jedoch für die Ergebnisse aus Erfassungsjahr 2027, insbesondere für auffällige Ergebnisse, Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen. ⁶Der G-BA trifft bis zum 31. Dezember 2026 weitere Regelungen zur Patientenbefragung. ⁷Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. ⁸Das 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. ⁹Das Institut nach § 137a SGB V erstellt für den G-BA jeweils bis zum 15. Januar 2028 und 2029 und abschließend zum 30. April 2030 einen Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. ¹⁰Der G-BA entscheidet auf Basis des Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie, der prospektiven Rechenregeln und der Spezifikationen für das folgende Erfassungsjahr.

§ 19§ 20 Übergangsregelung

~~Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs „Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.~~

[unbesetzt]

Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP)

1	~~Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an~~ Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
ID	51906
Beschreibung	Es werden alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei der ersten laparoskopischen bzw. einer ausschließlich laparoskopischen und abdominellen Operation betrachtet und mit der Referenzpopulation unter Berücksichtigung des patientenindividuellen Risikos verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung
ID	12874
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit einem isoliertem Ovaryingriff werden Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovaryingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Indikatortyp	~~Indikationsstellung~~ Prozessindikator
3	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
ID	10211
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit vollständiger Entfernung des Ovars bei (Salpingo-)Ovariectomie werden diejenigen Patientinnen betrachtet, bei denen die vollständige Entfernung des Ovars und der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste und der Normalbefund) durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
ID	60685

Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen bis 45 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
5	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
ID	60686
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
ID	612
Beschreibung	Aus allen Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit führendem histologischen benignen Befund oder Normalbefund, werden die Operationen als Outcome betrachtet, die organerhaltend durchgeführt wurden.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
ID	52283
Beschreibung	Aus allen isolierten Operationen am Ovar- oder Tuba uterina, die bei Patientinnen durchgeführt wurden, wird die assistierte Blasenentleerung, welche mittels transurethralem Dauerkatheter und länger als 24 Stunden durchgeführt wurde, als Outcome betrachtet.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar oder der Tuba uterina
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS GYN-OP)**b) Patientenbefragung****Indikatorenliste**

1	Besprechen der patientenrelevanten Informationen
ID	462400
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit mit den Patientinnen im Aufklärungsgespräch bzw. in den Aufklärungsgesprächen die patientenrelevanten Informationen besprochen wurden. Dies schließt u. a. das Besprechen der Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie sowie des operativen Vorgehens ein.
Qualitätsziel	Mit Patientinnen sollen die patientenrelevanten Themen umfänglich besprochen werden, so dass die Grundlage für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zur Hysterektomie ermöglicht wird. Dies umfasst auch das Besprechen der Vor- und Nachteile der möglichen Operationsmethoden und des -umfangs.
Art des Wertes	Prozessindikator
2	Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung
ID	462401
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen umfassend und verständlich über die Hysterektomie informiert wurden, sodass eine fundierte Entscheidungsfindung ermöglicht wird. Dieser Qualitätsindikator adressiert damit die Ergebnisqualität zu den vermittelten Informationen.
Qualitätsziel	Die Informationen sollen zum einen für die Patientinnen so umfänglich vermittelt werden, dass sie alle für sie entscheidenden Informationen erhalten. Zum anderen sollen die Informationen auch so verständlich vermittelt werden, dass diese von den Patientinnen für die Entscheidungsfindung genutzt werden können.
Art des Wertes	Prozessindikator
3	Patientenzentrierte Kommunikation
ID	462402
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit mit den Patientinnen wertschätzend und respektvoll umgegangen wurde. Darüber hinaus wird erfasst, inwieweit die Gesprächsatmosphäre so gestaltet wurde, dass die Patientinnen z. B. die Möglichkeit hatten, ihre Fragen und (intimen) Themen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubringen. Diese Eigenschaften sind wesentlich für eine patientenzentrierte Kommunikation.

Qualitätsziel	Mit Patientinnen soll respektvoll und wertschätzend umgegangen werden. Dies bedeutet auch, dass in dem Aufklärungsgespräch Zeit für Fragen oder das Einbringen eigener Themen ermöglicht wird. Diese Prozesse sollen in einem positiven Vertrauensverhältnis zu der Ärztin / dem Arzt münden.
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen
ID	462403
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei der Entscheidung zur Hysterektomie patientenseitige Präferenzen von den Leistungserbringern berücksichtigt wurden. Dies schließt Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie, die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen sowie die Berücksichtigung einer ggf. gewünschten Bedenkzeit ein.
Qualitätsziel	Die Präferenzen der Patientinnen sollen in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Dies umfasst auch das Berücksichtigen von ggf. gewünschter Bedenkzeit, damit den Patientinnen eine längere Reflexionsphase ermöglicht wird. Zudem soll den Patientinnen auch der Einbezug von Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen ermöglicht werden.
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste

1	Shared Decision Making (Index)
ID	462404
Beschreibung	Die Kennzahl ermöglicht einen ergänzenden Überblick über die Gesamtheit der Qualitätsindikatoren und damit eine Einschätzung zum Ausmaß des Shared Decision Making aus Sicht der Patientinnen.
Qualitätsziel	Mit Patientinnen sollen die patientenrelevanten Themen umfänglich besprochen werden, sodass die Grundlage für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zur Hysterektomie ermöglicht wird. Dies umfasst auch das Besprechen der Vor- und Nachteile der möglichen Operationsmethoden und des -umfangs. Die Informationen sollen zum einen für die Patientinnen so umfänglich vermittelt werden, dass sie alle für sie entscheidenden Informationen erhalten. Zum anderen sollen die Informationen auch so verständlich vermittelt werden, dass diese von den Patientinnen für die Entscheidungsfindung genutzt werden können. Mit Patientinnen soll respektvoll und wertschätzend umgegangen werden. Dies bedeutet auch, dass in dem Aufklärungsgespräch Zeit

	für Fragen oder das Einbringen eigener Themen ermöglicht wird. Diese Prozesse sollen in einem positiven Vertrauensverhältnis zu der Ärztin / dem Arzt münden. Die Präferenzen der Patientinnen sollen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Dies umfasst auch das Berücksichtigen von ggf. gewünschter Bedenkzeit, damit den Patientinnen eine längere Reflektionsphase ermöglicht wird. Zudem soll den Patientinnen auch der Einbezug von Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen ermöglicht werden.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Information zum Einholen einer zweiten Meinung
ID	462405
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst, inwieweit Patientinnen über die Möglichkeit des Einholens einer zweiten Meinung informiert wurden und stellt somit eine relevante Zusatzinformation zur Versorgungsqualität einer Einrichtung dar.
Qualitätsziel	Die Leistungserbringer haben über die Möglichkeit zum Einholen einer Zweitmeinung aufzuklären.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)

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)				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	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig ³	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig ⁴	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr ⁵	X			X	
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
16	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X	
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X	X	X	X	
18	Aufnahmegrund	X				
181 9	Aufnahmediagnose(n) ⁸	X				

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<u>1920</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
<u>2021</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ⁹	X			X	
<u>2122</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁰	X			X	
<u>2223</u>	Versionsnummer				X	
<u>2324</u>	Wievielter gynäkologischer Eingriff ~~während~~ innerhalb dieses <u>Krankenhausfalls</u> ?		X		X	
<u>2425</u>	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
<u>2526</u>	Voroperation im OP-Gebiet		X	X		
<u>2627</u>	OP-Datum	X				

9 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.

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.

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>272</u> <u>8</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹	X		X	X	
<u>282</u> <u>9</u>	Quartal der Operation ¹²	X			X	
<u>293</u> <u>0</u>	Operation ¹³	X	X	X	X	
<u>303</u> <u>1</u>	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?		X			
<u>313</u> <u>2</u>	intraoperative Komplikationen			X	X	
<u>323</u> <u>3</u>	Blase		X	X		
<u>333</u> <u>4</u>	Harnleiter		X	X		
<u>343</u> <u>5</u>	Urethra		X	X		
<u>353</u> <u>6</u>	Darm		X	X		
<u>363</u> <u>7</u>	Uterus		X	X		
<u>373</u> <u>8</u>	Gefäß-/Nervenläsion		X	X		
<u>383</u> <u>9</u>	Lagerungsschaden		X	X		

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

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

13 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- bezo- gene Gründe	Follow- up-In- forma- tion
<u>394</u> <u>0</u>	andere Organverletzungen		X	X		
<u>404</u> <u>1</u>	andere intraoperative Kom- plikationen		X	X		
<u>414</u> <u>2</u>	postoperative Histologie		X	X	X	
<u>424</u> <u>3</u>	führender Befund		X	X	X	
<u>434</u> <u>4</u>	assistierte Blasenentleerung		X	X	X	
<u>444</u> <u>5</u>	wiederholte Einmalkathete- risierung		X	X		
<u>454</u> <u>6</u>	transurethraler Dauerkathe- ter		X	X		
<u>464</u> <u>7</u>	suprapubischer Dauerkathe- ter		X	X		
<u>474</u> <u>8</u>	Dauer der assistierten Bla- senentleerung		X	X		
<u>484</u> <u>9</u>	Entlassungsdatum Kranken- haus	X				
<u>495</u> <u>0</u>	Verweildauer im Kranken- haus in Tagen ¹⁴	X		X	X	
<u>505</u> <u>1</u>	Quartal des Entlassungsta- ges ¹⁵	X			X	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<u>51</u> <u>2</u>	Wochentag 1 - 7 ¹⁶			X		
<u>52</u> <u>3</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁷	X	X	X		
<u>53</u> <u>4</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
<u>54</u> <u>5</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		

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

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

b) 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)				X	
2*	Datensatz-ID				X	
3*	Datensatz-ID (GUID)				X	
4*	Versionsnummer				X	
5**	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6**	Modulbezeichnung				X	
7*	Teildatensatz oder Bogen				X	
8*	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9*	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X	
10*	GKV-Versichertenstatus ²	X			X	
11**	Name der Einrichtung für Anschreiben				X	
12**	Institutionskennzeichen	X			X	
13**	entlassender Standort 6-stellig ³	X	X	X	X	
14**	behandelnder Standort 6-	X	X	X		

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

2 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.

3 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ 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
**	stellig ⁴					
15*	Geschlecht	X			X	
16*	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X				
17*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X				
18**	Aufnahmegrund	X				
19**	OP-Datum	X			X	
20*	Entlassungsdatum	X				
21*	Quartal des Entlassungstages ⁷	X				
22*	Operation ⁸	X			X	
23*	Diagnose(n) ⁹	X			X	
24*	Entlassungsgrund	X			X	
25*	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X			X	
26** *	Titel				X	
27** *	Vorsatzwort				X	
28** *	Namenszusatz				X	

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

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

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

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

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

9 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
29** *	Nachname				X	
30** *	Vorname				X	
31** *	Adresszusatz				X	
32** *	Straße und Hausnummer				X	
33** *	Postleitzahl				X	
34** *	Wohnort				X	
35** *	Land				X	

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

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

*** 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.

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 11: QS DEK - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027

- in § 2 Abs. 4
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 19.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens ist die Erfassung von Dekubitalulcera-Grad/Kategorie 2 oder höhergradig bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts. ²Diese werden nachfolgend als „Indexereignisse“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Dekubitusprophylaxe“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS DEK“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgenden qualitätsrelevanten Aspekt messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts.

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

a) Verbesserung der Prozessqualität

b) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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 der stationär aufgetretenen Indexereignisse.

(2) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(3) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(4) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026~~30~~³⁰ 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~~31~~³¹ außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexereignissen in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einbezogen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da die durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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 der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) und der Risikostatistik der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem entlassenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet.

⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) unter Berücksichtigung der Risikostatistik sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) ohne Berücksichtigung der Risikostatistik erhalten Krankenhäuser, die stationäre Leistungen erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis auftrat
- d) die Indikatorendergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorendergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen

- mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis auftrat
- d) die Indikatoreergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde oder die als Arzt oder Ärztin approbiert sind. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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

¹Die Krankenhäuser 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 sowie die Risikostatistik sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁶Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1

§ 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁸Sie leiten die Risikostatistik unverzüglich bis spätestens zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatorenliste (QS DEK)

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	
ID	52009	
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder einem Dekubitus, der hinsichtlich des Stadiums /der Kategorie nicht näher bezeichnet wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	
ID	52010	
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 4 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, als Outcome betrachtet.	
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Stadium/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Kennzahlenliste Dekubitusprophylaxe

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	
ID	52326	
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Stadium/Kategorie Grad 2 oder für den nicht angegeben wurde,	

Qualitätsziel	dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen. Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3
ID	521801
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Stadium/Kategorie Grad 3 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet
ID	521800
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus nicht näher bezeichneten Stadiums/bezeichneter Kategorie oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
----------------	---------------------

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****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)				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	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9*	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig ³	X	X	X	X	
11	Betriebsstätten-Nummer	X				
12	Fachabteilung	X				
13	Geburtsjahr ⁴	X		X	X	
14	Geschlecht	X		X		
15	Monat des Aufnahmetages ⁵	X		X	X	
16	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren ⁶	X	X	X	X	
17	Aufnahmegrund	X		X		
~~18~~	~~nicht-spezifizierter Aufnahme-grund~~	~~X~~		~~X~~		
~~19~~ <u>18</u>	Monat des Entlassungstages ⁷	X	X	X	X	
~~20~~ <u>19</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁸	X			X	

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

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

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

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

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

8 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
~~21~~ <u>0</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Stunden ⁹		X		X	
~~22~~ <u>1</u>	Entlassungsgrund	X		X		
~~23~~ <u>2</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X		X		
~~24~~ <u>3</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
~~25~~ <u>4</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁰	X			X	
~~26~~ <u>5</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹¹	X			X	
~~27~~ <u>6</u>	Versionsnummer				X	

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

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
~~28~~ <u>7</u>	Wievielter Dekubitus?				X	
~~29~~ <u>8</u> [*]	Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus	X	X	X		
~~30~~ <u>9</u> [*]	Seitenlokalisierung	X			X	
~~31~~ <u>0</u>	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")		X	X		
~~32~~ <u>1</u> [*]	Diabetes Mellitus		X	X		
~~33~~ <u>2</u> [*]	eingeschränkte Mobilität		X	X		
~~34~~ [±]	~~eingeschränkte Mobilität – Muskelzerrung~~		X	X		
~~35~~ [±]	~~eingeschränkte Mobilität – Verhalten~~		X	X		
~~36~~ <u>3</u> [*]	Infektion		X	X		
~~37~~ <u>4</u> [*]	Infektion - Pneumonie		X	X		
~~38~~ <u>5</u> [*]	Infektion - ARDS		X	X		
~~39~~ <u>6</u> [*]	Demenz und Vigilanzstörung		X	X		
~~40~~ <u>7</u> [*]	Inkontinenz		X	X		
~~41~~ <u>8</u> [*]	Untergewicht oder Mangelernährung		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~423~~ <u>9</u> [*]	Adipositas		X	X		
~~434~~ <u>0</u> [*]	weitere schwere Erkrankungen		X	X		
~~44~~ [±]	~~weitere schwere Erkrankungen~~ ~~–anderorts klassifizierte~~ ~~Pneumonie~~		X	X		
~~454~~ <u>1</u> [*]	Dauer der Beatmung		X	X		

* Information wird in anonymisierter, aggregierter Form für die gesamte Zielpopulation des Verfahrens (also auch für Patienten ohne Dekubitus) in der Risikostatistik erfasst.

Stand: 08.04.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 12: QS HSMDEF – Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 5
- Anlage I (*entspricht der vom IQTIG am 30.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 19.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Implantationen sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantation von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS HSMDEF“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Prozessqualität
- c) Peri- und postoperative Komplikationen.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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 der von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026~~30~~ 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~~27~~³¹ außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V.

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

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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 der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

(3) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Herzschrittmacher-Implantation
- b) Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
- c) Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
- d) Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation.

(4) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Gefäßchirurgie oder Thoraxchirurgie sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der

Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Gefäßchirurgie oder Thoraxchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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

¹Die Krankenhäuser 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Herzschrittmacher-Implantation“, „Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation“, „Implantierbare Defibrillatoren – Implantation“ und „Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

- (1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)**a) Herzschrittmacher-Implantation****Indikatorenliste**

1	Leitlinienkonforme Indikation
ID	101803
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an Herzschrittmacher-Implantationen mit bestimmten Indikationen sowie an allen CRT-P-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern
ID	54143
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem Einkammersystem an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern und AV-Block, Schenkelblock oder Sinusknotensyndrom als führende Indikation.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Systems mit nicht ausschließlich rechtsventrikulärer Stimulation bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
ID	52305
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof, im rechten Ventrikel und im Bereich des linken Tawara-Schenkels.
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

4	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	
ID	101801	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) an allen Herzschrittmacher-Implantationen.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5	Sondendislokation oder -dysfunktion	
ID	52311	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Herzschrittmacher-Implantationen.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6	Sterblichkeit im Krankenhaus	
ID	51191	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	
ID	2194	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein ~~(stationärer)~~ Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.	
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher	

Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	2195
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein ~~(stationärer)~~ Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
ID	101802
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Herzschrittmacher-Implantationen (außer Implantationen eines Leadless Pacemaker).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Indikatorenliste

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	51404
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Indikatorenliste

1	Leitlinienkonforme Indikation
ID	50055
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator- bzw. CRT-D-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an bestimmten Defibrillator-Implantationen mit primärpräventiver oder sekundärpräventiver Indikation sowie an allen CRT-D-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatoren-Implantation
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
ID	52316
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof, im rechten Ventrikel und im Bereich des linken Tawara-Schenkels.
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
ID	131802
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des ~~stationären Aufenthalts-~~ <u>Krankenhausfalls</u>) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) an allen Defibrillator-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts-~~ <u>Krankenhausfalls</u>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sondendislokation oder -dysfunktion
ID	52325

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des ~~stationären Aufenthalts-~~ <u>Krankenhausfalls</u>) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen eines subkutanen ICD).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	132001
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein ~~(stationärer)~~ Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	132002
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein ~~(stationärer)~~ Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
ID	132003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist, an allen CRT-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation

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

Kennzahlenliste

1	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
ID	131803
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen eines subkutanen ICD).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation**Indikatorenliste**

1	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
ID	151800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des ~~stationären Aufenthalts~~ <u>Krankenhausfalls</u>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	51196
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittma-
cher-Implantation**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fall- identi- fikation	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
1	Registriernummer des Doku- mentationssystems (Länder- kode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Da- tensatz-ID ¹	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²	X			X	
4	Versionsnummer				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	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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	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“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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 (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
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Körpergröße		X	X		
21	Körpergröße unbekannt		X	X		
22	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
23	Körpergewicht unbekannt		X	X		
24	Quartal des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
25	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ¹⁰	X	X	X	X	
~~26~~	~~Aufnahmegrund~~	~~X~~				
~~262~~ ~~7~~	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
~~272~~ ~~8~~	Herzinsuffizienz		X	X		
~~282~~ ~~9~~	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		X	X	X	
~~293~~ ~~0~~	führendes Symptom		X	X		
~~303~~ ~~1~~	Ätiologie		X	X	X	

8 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der 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 werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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>	Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation		X	X		
~~323~~ <u>3</u>	Zeit zwischen TAVI und Schrittmacherimplantation (in Tagen) ¹¹		X	X		
~~333~~ <u>4</u>	Datum der TAVI nicht bekannt		X	X		
~~343~~ <u>5</u>	Diabetes mellitus		X	X		
~~353~~ <u>6</u>	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X		
~~363~~ <u>7</u>	Vorhofrhythmus		X	X		
~~373~~ <u>8</u>	AV-Block		X	X		
~~383~~ <u>9</u>	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X		
~~394~~ <u>0</u>	QRS-Komplex		X	X		
~~404~~ <u>1</u>	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		X	X		
~~414~~ <u>2</u>	linksventrikuläre Ejektionsfraktion		X	X		
~~424~~ <u>3</u>	LVEF nicht bekannt		X	X		

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „OP-Datum“ und „Datum der TAVI“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~434~~ <u>4</u>	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der CRT-Indikationsstellung)		X	X		
~~444~~ <u>5</u>	OP-Datum	X	X			
~~454~~ <u>6</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X		X	X	
~~464~~ <u>7</u>	Quartal der Operation ¹³	X		X	X	
~~474~~ <u>8</u>	Operation ¹⁴	X	X	X	X	
~~484~~ <u>9</u>	Vena cephalica		X	X		
~~495~~ <u>0</u>	Vena subclavia		X	X		
~~505~~ <u>1</u>	Vena axillaris		X	X		
~~515~~ <u>2</u>	andere		X	X		
~~525~~ <u>3</u>	System		X	X	X	
~~535~~ <u>4</u>	Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)		X	X	X	

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

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

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

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
~~54~~ <u>5</u>	Reizschwelle		X	X		
~~55~~ <u>6</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~56~~ <u>7</u>	P-Wellen-Amplitude		X	X		
~~57~~ <u>8</u>	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~58~~ <u>9</u>	Reizschwelle		X	X		
~~59~~ <u>0</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~60~~ <u>1</u>	R-Amplitude		X	X		
~~61~~ <u>2</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~62~~ <u>3</u>	Reizschwelle		X	X		
~~63~~ <u>4</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~64~~ <u>5</u>	R-Amplitude		X	X		
~~65~~ <u>6</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~66~~ <u>7</u>	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X	
~~67~~ <u>8</u>	kardiopulmonale Reanima- tion		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
~~686~~ <u>9</u>	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	X	
~~697~~ <u>0</u>	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	X	
~~707~~ <u>1</u>	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	X	
~~717~~ <u>2</u>	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	X	
~~727~~ <u>3</u>	Sonden- bzw. Systemdislokation		X	X	X	
~~737~~ <u>4</u>	Sonden- bzw. Systemdysfunktion		X	X	X	
~~747~~ <u>5</u>	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
~~757~~ <u>6</u>	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle		X	X	X	
~~767~~ <u>7</u>	sonstige interventionspflichtige Komplikation		X	X	X	
~~777~~ <u>8</u>	Sondendislokation im Vorhof			X		
~~787~~ <u>9</u>	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel			X		
~~798~~ <u>0</u>	Sondendysfunktion im Vorhof			X		
~~808~~ <u>1</u>	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel			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
~~818~~ <u>2</u>	Quartal des Entlassungsta- ges ¹⁵	X		X	X	
~~828~~ <u>3</u>	Wochentag 1 - 7 ¹⁶	X				
~~838~~ <u>4</u>	Verweildauer im Kranken- haus in Tagen ¹⁷	X		X	X	
~~848~~ <u>5</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~858~~ <u>6</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X	X		
~~868~~ <u>7</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁸	X	X	X		

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

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

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

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

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

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	
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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X	
19	Geschlecht	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“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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 (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

8 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
20	Quartal des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ¹⁰	X	X	X	X	
~~22~~	~~Aufnahmegrund~~	~~X~~				
~~22~~ ~~3~~	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
~~23~~ ~~4~~	Taschenproblem		X	X		X
~~24~~ ~~5~~	Sondenproblem			X	X	X
~~25~~ ~~6~~	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde		X	X		X
~~26~~ ~~7~~	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde		X	X		X
~~27~~ ~~8~~	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde		X	X		X
~~28~~ ~~9~~	Indikation zur Revision/Explantation der Sonde am Leitungssystem (Conduction System Pacing)		X	X		X
~~29~~ ~~0~~	OP-Datum	X	X			X
~~30~~ ~~1~~	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹	X		X	X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~31~~ <u>2</u>	Quartal der Operation ¹²	X		X	X	
~~32~~ <u>3</u>	letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X		
~~33~~ <u>4</u>	Operation- ¹³	X	X	X	X	X
~~34~~ <u>5</u>	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			X	X	X
~~35~~ <u>6</u>	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X	
~~36~~ <u>7</u>	Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)			X	X	
~~37~~ <u>8</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~38~~ <u>9</u>	Reizschwelle		X	X		
~~39~~ <u>0</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~40~~ <u>1</u>	P-Wellen-Amplitude		X	X		
~~41~~ <u>2</u>	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~42~~ <u>3</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~43~~ <u>4</u>	Reizschwelle		X	X		

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

13 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listefeld, 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
~~44~~ <u>5</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~45~~ <u>6</u>	R-Amplitude		X	X		
~~46~~ <u>7</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~47~~ <u>8</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~48~~ <u>9</u>	Reizschwelle		X	X		
~~49~~ <u>0</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~50~~ <u>1</u>	R-Amplitude		X	X		
~~51~~ <u>2</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~52~~ <u>3</u>	Quartal des Entlassungsta- ges ¹⁴	X		X	X	
~~53~~ <u>4</u>	Wochentag 1 - 7 ¹⁵	X				
~~54~~ <u>5</u>	Verweildauer im Kranken- haus in Tagen ¹⁶	X		X	X	
~~55~~ <u>6</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~56~~ <u>7</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	X	X	X		

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

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

16 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~575~~ <u>8</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁷	X	X	X		

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

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

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	
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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Körpergröße		X	X		
21	Körpergröße unbekannt		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.

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 (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

8 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
22	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
23	Körpergewicht unbekannt		X	X		
24	Quartal des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
25	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ¹⁰	X	X	X	X	
~~26~~	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
~~26~~ <u>7</u>	Herzinsuffizienz		X	X		
~~27~~ <u>8</u>	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
~~28~~ <u>9</u>	linksventrikuläre Ejektionsfraktion		X	X		
~~29~~ <u>0</u>	LVEF nicht bekannt		X	X		
~~30~~ <u>1</u>	Diabetes mellitus		X	X		
~~31~~ <u>2</u>	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X		
~~32~~ <u>3</u>	Besteht (nach Implantation eines ICD bzw. CRT-D und optimierter medikamentöser Therapie) eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr?		X	X		
~~33~~ <u>4</u>	indikationsbegründendes klinisches Ereignis		X	X	X	

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

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~34~~ <u>5</u>	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		X	X		
~~35~~ <u>6</u>	Herzerkrankung		X	X		
~~36~~ <u>7</u>	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		X	X		
~~37~~ <u>8</u>	behandelbare idiopathische Kammertachykardie		X	X		
~~38~~ <u>9</u>	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		X	X	X	
~~39~~ <u>0</u>	Betablocker und/oder Ivabradin		X	X		
~~40~~ <u>1</u>	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (ARNI)		X	X		
~~41~~ <u>2</u>	Diuretika (außer Aldosteronantagonisten)		X	X		
~~42~~ <u>3</u>	Aldosteronantagonisten		X	X		
~~43~~ <u>4</u>	SGLT2-Inhibitoren		X	X		
~~44~~ <u>5</u>	Vorhofrhythmus		X	X		
~~45~~ <u>6</u>	AV-Block		X	X		
~~46~~ <u>7</u>	QRS-Komplex		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- denti- fikation	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
~~47~~ <u>8</u>	OP-Datum	X	X			
~~48~~ <u>9</u>	Quartal der Operation ¹¹	X		X	X	
~~49~~ <u>0</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X		X	X	
~~50~~ <u>1</u>	Operation- ¹³	X	X	X	X	
~~51~~ <u>2</u>	Vena cephalica		X	X		
~~52~~ <u>3</u>	Vena subclavia		X	X		
~~53~~ <u>4</u>	Vena axillaris		X	X		
~~54~~ <u>5</u>	andere		X	X		
~~55~~ <u>6</u>	System		X	X	X	
~~56~~ <u>7</u>	Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction Sys- tem Pacing)		X	X	X	
~~57~~ <u>8</u>	Aggregatposition			X		
~~58~~ <u>9</u>	Reizschwelle		X	X		

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

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

13 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
~~59~~ <u>0</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~60~~ <u>1</u>	P-Wellen-Amplitude		X	X		
~~61~~ <u>2</u>	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~62~~ <u>3</u>	Reizschwelle		X	X		
~~63~~ <u>4</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~64~~ <u>5</u>	R-Amplitude		X	X		
~~65~~ <u>6</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~66~~ <u>7</u>	Linksventrikuläre Sonde im- plantiert und aktiv?		X	X		
~~67~~ <u>8</u>	Reizschwelle		X	X		
~~68~~ <u>9</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~69~~ <u>0</u>	R-Amplitude		X	X		
~~70~~ <u>1</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~71~~ <u>2</u>	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X	
~~72~~ <u>3</u>	kardiopulmonale Reanima- tion		X	X	X	
~~73~~ <u>4</u>	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli- denti- fikation	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
~~74~~ <u>5</u>	interventionspflichtiger Hä- matothorax		X	X	X	
~~75~~ <u>6</u>	interventionspflichtiger Peri- karderguss		X	X	X	
~~76~~ <u>7</u>	interventionspflichtiges Ta- schenhämatom		X	X	X	
~~77~~ <u>8</u>	revisionsbedürftige Sonden- dislokation		X	X	X	
~~78~~ <u>9</u>	revisionsbedürftige Sonden- dysfunktion		X	X	X	
~~79~~ <u>0</u>	postoperative Wundinfek- tion		X	X	X	
~~80~~ <u>1</u>	sonstige interventionspflich- tige Komplikation		X	X	X	
~~81~~ <u>2</u>	Sondendislokation der Vor- hofsonde			X		
~~82~~ <u>3</u>	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde			X		
~~83~~ <u>4</u>	Sondendislokation der links- ventrikulären Sonde			X		
~~84~~ <u>5</u>	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde			X		
~~85~~ <u>6</u>	Sondendislokation der ande- ren Defibrillationssonde(n)			X		
~~86~~ <u>7</u>	Sondendysfunktion der Vor- hofsonde			X		
~~87~~ <u>8</u>	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde			X		
~~88~~ <u>9</u>	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde			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
~~899~~ <u>0</u>	Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde			X		
~~909~~ <u>1</u>	Sondendysfunktion der anderen Defibrillations-sonde(n)			X		
~~919~~ <u>2</u>	Quartal des Entlassungstages ¹⁴	X		X	X	
~~929~~ <u>3</u>	Wochentag 1 - 715	X				
~~939~~ <u>4</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁶	X		X	X	
~~949~~ <u>5</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~959~~ <u>6</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		
~~969~~ <u>7</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁷	X	X	X		

d)

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

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

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

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

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

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	

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 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
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	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 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 (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
18	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X		X		
20	Quartal des Aufnahmetages ⁹	X		X	X	
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ¹⁰	X	X	X	X	
~~22~~	~~Aufnahmegrund~~	~~X~~				
~~22~~ <u>3</u>	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
~~23~~ <u>4</u>	Taschenproblem		X	X		X
~~24~~ <u>5</u>	Sondenproblem			X	X	X
~~25~~ <u>6</u>	OP-Datum	X	X			X
~~26~~ <u>7</u>	Quartal der Operation ¹¹	X		X	X	
~~27~~ <u>8</u>	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X		X	X	
~~28~~ <u>9</u>	Operation ¹³	X	X	X	X	X

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

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

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

13 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
~~293~~ <u>0</u>	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X	
~~303~~ <u>1</u>	Art des Vorgehens			X	X	X
~~313~~ <u>2</u>	explantiertes System			X	X	
~~323~~ <u>3</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~333~~ <u>4</u>	Problem		X	X		X
~~343~~ <u>5</u>	Reizschwelle		X	X		
~~353~~ <u>6</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~363~~ <u>7</u>	P-Wellen-Amplitude		X	X		
~~373~~ <u>8</u>	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~383~~ <u>9</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~394~~ <u>0</u>	Problem		X	X		X
~~404~~ <u>1</u>	Position		X	X	X	
~~414~~ <u>2</u>	Reizschwelle		X	X		
~~424~~ <u>3</u>	Reizschwelle nicht gemessen		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
~~434~~ <u>4</u>	R-Amplitude		X	X		
~~444~~ <u>5</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~454~~ <u>6</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~464~~ <u>7</u>	Problem		X	X		X
~~474~~ <u>8</u>	Position		X	X	X	
~~484~~ <u>9</u>	Reizschwelle		X	X		
~~495~~ <u>0</u>	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
~~505~~ <u>1</u>	R-Amplitude		X	X		
~~515~~ <u>2</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~525~~ <u>3</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~535~~ <u>4</u>	Problem		X	X		X
~~545~~ <u>5</u>	Position		X	X	X	
~~555~~ <u>6</u>	Reizschwelle		X	X		
~~565~~ <u>7</u>	Reizschwelle nicht gemessen		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
~~575~~ <u>8</u>	R-Amplitude		X	X		
~~585~~ <u>9</u>	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
~~596~~ <u>0</u>	Art des Vorgehens		X	X	X	X
~~606~~ <u>1</u>	Problem		X	X		X
~~616~~ <u>2</u>	letzte ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X		
~~626~~ <u>3</u>	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X	
~~636~~ <u>4</u>	kardiopulmonale Reanimation		X	X	X	
~~646~~ <u>5</u>	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	X	
~~656~~ <u>6</u>	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	X	
~~666~~ <u>7</u>	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	X	
~~676~~ <u>8</u>	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	X	
~~686~~ <u>9</u>	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
~~697~~ <u>0</u>	sonstige interventionspflichtige Komplikation		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~707~~ <u>1</u>	Quartal des Entlassungstages ¹⁴	X		X	X	
~~717~~ <u>2</u>	Wochentag 1 - 7 ¹⁵	X				
~~727~~ <u>3</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁶	X		X	X	
~~737~~ <u>4</u>	Entlassungsgrund	X	X	X		
~~747~~ <u>5</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		
~~757~~ <u>6</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁷	X	X	X		

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

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

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

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

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 13: QS PM - Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 6
- § 4 Abs. 3
- 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:

Der dissent verbliebene Punkte ist **gelb** markiert.

Hinweis:

Die Änderungsvorschläge in diesen themenspezifischen Bestimmungen zum EJ 2027 konnten noch nicht abschließend rechtlich geprüft werden.

Kommentiert [A1]: UA QS 25.03.2026:

Zu Anlage II Erforderlichkeit der Daten (QS PM):

Zu Buchstabe b – Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer -Neonatologie:

Zu Datenfeld 65 (alt): „Datum des ersten ROP-Screenings“:

GKV-SV: Beibehaltung des Datenfeldes

DKG: Streichung des Datenfeldes. Das zugehörige Auffälligkeitskriterium 852001 „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“ wird ebenfalls gestrichen.

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie).

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Perinatalmedizin“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS PM“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere qualitätsrelevanten Aspekte, wie unerwünschte Ereignisse der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen/neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten. ²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Prozessqualität
- b) Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- c) Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- d) Verringerung der Sterblichkeit
- e) Abbildung des Verlegungsgeschehens von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1 500 g zur Verbesserung der Erfassung und Darstellung von Qualitätsinformationen zu Perinatalzentren.

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

(4) Bezogen auf Absatz 3 Satz 3 Buchstabe e wird unter Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen das Verlegungsgeschehen in den Perinatalzentren im Sinne der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) standortbezogen ermittelt und deskriptiv auf www.perinatalzentren.org und in den Rückmeldeberichten nach § 10 dargestellt.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Behandlungen und Geburten und der neonatologischen Versorgung im Krankenhaus.

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen und Geburten werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Zur Beurteilung der Indexfälle werden auch assoziierte Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Dies sind im Einzelnen die Sterblichkeit und die Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) der Neugeborenen.

(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 jeweiligen Krankenhäuser 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 das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(6) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 20~~26~~³⁰ 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 20~~27~~³¹ 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 zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung der Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie sowie innerhalb der Neonatologie erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierende Daten die Vor- und Nachnamen der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes.

(2) Die pseudonymisierten patientenidentifizierenden Daten werden von der Bundesauswertungsstelle nach spätestens 48 Monaten nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem die Geburt stattfand, gelöscht.

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

Formatiert: Keine Aufzählungen oder Nummerierungen

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

- a) den Krankenhäusern und
- b) den Krankenkassen.

(2) ²Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind in der **Anlage II** festgelegt.

³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

⁴Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

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.

§ 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 der Leistungserbringerin und bei dem Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden bei geburtshilflichen Leistungen dem entbindenden oder ersatzweise diagnostizierenden Standort (Auswertungsstandort) und bei neonatologischen Leistungen dem entlassenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten Daten des Vorjahres und des Vor-Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die eine geburtshilfliche oder neonatologische Leistung oder Leistungen in diesen beiden Bereichen gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

- 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 Behandlung stattfand
 - d) Darstellungen des Verlegungsgeschehens mit Informationen zur Fallidentifikation
 - e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
 - f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
 - g) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
 - h) 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
 - i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).
- (3) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für
- a) Geburtshilfe
 - b) Neonatologie.
- (4) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a, b und c** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

- (1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.
- (2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:
- 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

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

- mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- mit Bezug zum Jahr, in dem die Behandlung stattfand
- d) Darstellung des Verlegungsgeschehens
- e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) ¹Die Follow-up-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ (ID 182304) und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ (ID 182305) werden zum Erfassungsjahr 2025 neu eingeführt. ²Zur Berechnung der Indikatoren wird die QS-Dokumentation aus der geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind sowie der neonatologischen Behandlung des Kindes miteinander verknüpft, auch standort- und leistungserbringerübergreifend. ³Wird die Notwendigkeit zur Einleitung eines Stellungsnahmeverfahrens nach Teil 1 § 17 der Richtlinie aufgrund einer rechnerischen Auffälligkeit festgestellt, muss dies zunächst ohne eindeutige Zuschreibbarkeit der Ergebnisverantwortung und unter Einbeziehung möglichst aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der Behandlung beteiligt waren, erfolgen. ⁴Das Stellungsnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 der Richtlinie ist in modifizierter Form durchzuführen, z. B. anhand von standort- und leistungserbringerübergreifenden Fallkonferenzen. ⁵Das Verfahren zur Beurteilung von Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wird für diese Fälle durch den G-BA auf der Grundlage einer Empfehlung des Instituts nach § 137a SGB V festgelegt. ⁶Bis zum Erfassungsjahr 2029 werden die neu eingeführten Qualitätsindikatoren und das vom IQTIG empfohlene Stellungsnahmeverfahren erprobt. ⁷Für den Zeitraum der Erprobung gelten in Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der Richtlinie nicht. ⁸Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 7 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie empfohlen werden. ⁹Für den Zeitraum der Erprobung erfolgt keine einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen der Follow-up-Indikatoren sowie Beurteilungen aus Stellungsnahmeverfahren.

(3) ¹Die Ergebnisse zum Verlegungsgeschehen werden vorerst ausschließlich deskriptiv dargestellt. ²Auf Basis der Entwicklungsleistungen des IQTIG legt der G-BA weitere Vorgaben im Hinblick auf qualitätsverbessernde Maßnahmen in Zusammenarbeit mit auffällig gewordenen Krankenhäusern fest.

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

(3) ¹Über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 Absatz 3 der Richtlinie hinaus, kann dieses Expertengremium auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe zum Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ mit folgenden Aufgaben einrichten:

1. Besprechung und Klassifizierung von sowohl direkt als auch indirekt gestationsbedingten Müttersterbefällen (in Anlehnung an die WHO-Definition)
2. Identifizierung von Risikogruppen auf Basis der todesursächlichen gestationsbedingten Diagnosen
3. Erarbeitung von generellen Handlungsempfehlungen für ein adäquates klinisches Vorgehen in kritischen Geburtssituationen und Einbringen in die klinische Fort- und Weiterbildung.

²Die LAGen übermitteln dem Institut nach § 137a SGB V die für die Aufgaben der Arbeitsgruppe des Expertengremiums erforderlichen Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 der Richtlinie auf Anforderung in anonymisierter Form. ³Sofern im Einzelfall weitere Informationen notwendig sind, kann das Institut nach § 137a SGB V diese in anonymisierter Form über die LAGen nachfordern.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Krankenhäuser 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) differenziert nach „Geburtshilfe“ und „Neonatologie“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß **Anlage II Buchstabe c** 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. ⁴Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach Satz 1 erfolgt erstmals im dritten Quartal 2025 für Indexfälle aus dem Jahr 2025.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 die Auswertungen aus dem Vorjahr und Auswertungen zu Indikatoren mit 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexfälle des Vor-Vor-Jahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS PM)**a) Geburtshilfe****Indikatorenliste**

1	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei <u>KaiserschnittentbindungKaiserschnittgeburt</u>
ID	50045
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaprophylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittgeburt.
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburt
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Kaiserschnittgeburt
ID	52249
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kaiserschnitten bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
ID	1058
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Entschluss-Entwicklungszeiten von mehr als 20 Minuten bei allen Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden.
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
ID	51831
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Azidose bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Indikatortyp	Ergebnisindikator

5	Anwesenheit eines Pädaters bei Frühgeburten	
ID	318	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädaterinnen und Pädatern bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen).	
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	
ID	51803	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern, an Kindern mit einem 5-Minuten-Apgar unter 5, an Kindern mit einem Base Excess unter -16 und an Kindern mit einer Azidose bei allen reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum 5-Minuten-Apgar, Base Excess und pH-Wert.	
Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	
ID	331	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Müttersterbefällen bei allen Geburten.	
Qualitätsziel	Selten mütterliche ~~Todesfälle~~ <u>Sterbefälle</u>	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	~~Kinder, die Geburt~~ in einem ~~Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren~~ Krankenhaus mit ~~zu niedriger~~ Versorgungsstufe ~~hätten geboren werden müssen (außerhalb eines Perinatalzentrums Level 1)~~	
ID	182010	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen, bei allen Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 2 <u>oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt oder einer Geburtsklinik</u> geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.	

Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator
9	~~Kinder, die Geburt in einer Klinik~~ <u>in einem Krankenhaus mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren zu niedriger Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen (außerhalb eines Perinatalzentrums Level 2)</u>
ID	182011
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level ~~1 oder Level 2~~ hätten geboren werden müssen, bei allen Kindern, ~~die~~ in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt <u>oder einer Geburtsklinik</u> geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator
10	~~Kinder, die Geburt in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren~~ <u>in einem Krankenhaus mit zu niedriger Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen (außerhalb einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt)</u>
ID	182014
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die ~~in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder~~ in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen, bei allen Kindern, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres
ID	182304
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Totgeborenen und im Krankenhaus innerhalb des ersten Lebensjahres verstorbenen Kindern (berücksichtigt werden Sterbefälle aus dem geburtshilflichen Krankenhausaufenthalt sowie Sterbefälle aus ggf. anschließendem neonatologischen Versorgungsverlauf) bei allen Lebendgeborenen und Totgeborenen (unter Ausschluss von Totgeborenen, die vor Klinikaufnahme verstorben sind) mit einem Gestationsalter von mindestens 24 ~~+~~ <u>±</u> 0 Wochen.

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres
ID	182305
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie (HIE) (berücksichtigt werden die HIE-Fälle aus ggf. stattfindender neonatologischer Versorgung) bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 36 ~~+~~ <u>+</u> 0 Wochen.
Qualitätsziel	Selten hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
ID	330
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen), die mindestens zwei Tage vor Geburt stationär aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<u>2</u>	<u>Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum</u>
<u>ID</u>	<u>182701</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen) im maximal wirksamen Zeitraum zwischen 24 und 168 Stunden vor der Geburt.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Häufige antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten im maximal wirksamen Zeitraum zwischen 24 und 168 Stunden vor der Geburt</u>
<u>Art des Wertes</u>	<u>Transparenzkennzahl</u>

~~2~~	~~Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~321~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit einer Azidose bei allen reif und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~3~~	~~Azidose bei reifen Einlingen~~
~~ID~~	~~51397~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Azidose bei allen reif und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~43~~	~~Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV~~
~~ID~~	~~181800~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Dammrissen Grad IV bei allen Müttern mit spontanen bzw. vaginal-operativen Einlingsgeburten.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~

b) Neonatologie**Indikatorenliste**

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
ID	222402
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
ID	51901
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus, an Kindern mit einer Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, oder an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis oder selten fokale intestinale Perforation / singuläre intestinale Perforation, selten bronchopulmonale Dysplasie oder selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Nosokomiale Infektion
ID	50060
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder mit Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverle-

	gung), die nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt waren und am Tag der Geburt aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
ID	50062
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einem Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung.
Qualitätsziel	Selten Pneumothorax
Indikatortyp	Ergebnisindikator
~~5~~	~~Zunahme des Kopfumfangs~~
~~ID~~	~~52262~~
~~Beschreibung~~	~~Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen die Differenz aus der relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt, bei allen Lebendgeborenen mit einer stationären Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm, unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthaltes~~
~~Indikatortyp~~	~~Ergebnisindikator~~
~~65~~	Durchführung eines Hörtests
ID	50063
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde, bei allen lebend nach Hause entlassenen Kindern.
Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests

Indikatortyp	Prozessindikator
~~76~~	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator
~~87~~	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
ID	50074
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste

~~1~~	~~Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~51070~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Niedrige Sterblichkeit~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~

~~2~~	~~Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~51832~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Niedrige Sterblichkeit~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~31~~	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
ID	51837
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
~~4~~	~~Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~51076~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~52~~	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
ID	50050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen

	Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
~~6~~	~~Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus~~
~~ID~~	~~222200~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~7~~	~~Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~51838~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~83~~	~~Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)~~
ID	51843
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
~~9~~	~~Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~222400~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~104~~	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
ID	222401
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
~~115~~	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
ID	222201
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)
ID	51077
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
ID	50051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
ID	51079
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

~~156~~	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
ID	50053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
~~16~~	~~Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)~~
~~ID~~	~~51078~~
~~Beschreibung~~	~~Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~177~~	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
ID	50052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und <u>mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder</u> einem Gestationsalter unter ~~31~~ <u>32</u> +0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage <u>und ein Gestationsalter von mindestens 31+0 Wochen p.m.</u> aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Geburtshilfe**

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	

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	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ³	X	X		X	
10	GKV-Versichertenstatus ⁴	X	X		X	
11	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes ⁵	X	X		X	
12	Nachname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
13	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes ⁶	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“ und „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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“, „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ und „Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

6 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ 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	Vorname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
15	Institutionskennzeichen	X			X	
16	entlassender Standort 6-stellig ⁷	X	X	X	X	
17	entbindender Standort 6-stellig ⁸	X	X	X		
18	diagnostizierender Standort 6-stellig ⁹	X	X	X		
19	Betriebsstätten-Nummer	X				
20	Fachabteilung	X				
~~21~~	~~Geburtsnummer~~			X		
~~22~~ <u>1</u>	Anzahl Mehrlinge	X	X	X		
~~23~~ <u>2</u>	Versorgungsstufe	X	X	X		
~~24~~ <u>3</u>	Geburtsjahr ¹⁰	X		X	X	
~~25~~ <u>4</u>	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			

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

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

9 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „diagnostizierender Standort (ICD)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum der Schwangeren“ 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
~~26~~ <u>5</u>	Quartal des Aufnahmeta- ges ¹¹	X		X	X	
~~27~~ <u>6</u>	Patientenalter am Aufnah- metag in Jahren ¹²		X	X	X	
~~28~~ <u>7</u>	Aufnahmeuhrzeit	X		X		
<u>28</u>	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
29	Aufnahmediagnose Mut- ter ¹³	X		X		
30	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit ¹⁴	X				
~~31~~	~~5-stellige PLZ des Wohnor- tes~~		~~X~~			
~~32~~	~~Postleitzahl 4-stellig¹⁵~~		~~X~~			
~~33~~	~~Postleitzahl 3-stellig¹⁶~~		~~X~~			
~~34~~ <u>1</u>	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften		X	X	X	

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

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

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

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

~~15 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „5-stellige PLZ des Wohnortes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.~~

~~16 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „5-stellige PLZ des Wohnortes“ 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
~~353~~ <u>2</u>	Anzahl Lebendgeburten		X	X		
~~363~~ <u>3</u>	Anzahl Totgeburten		X	X		
~~373~~ <u>4</u>	Befunde im Mutterpass vor- handen			X	X	
~~383~~ <u>5</u>	Befunde im Mutterpass ¹⁷		X	X	X	
~~393~~ <u>6</u>	Gesamtanzahl Vorsorge-Un- tersuchung		X	X		
~~403~~ <u>7</u>	Diagnostest zum Gestati- onsdiabetes durchgeführt		X	X	X	
~~413~~ <u>8</u>	Diagnostest auffällig		X	X		
~~423~~ <u>9</u>	Körpergewicht bei Erstunter- suchung		X	X		
~~434~~ <u>0</u>	Körpergröße		X	X		
~~444~~ <u>1</u>	berechneter, ggf. korrigier- ter Geburtstermin		X	X	X	
~~454~~ <u>2</u>	Klinisches Gestationsalter		X	X		
~~464~~ <u>3</u>	Aufnahmeart		X	X		
~~47~~	~~Muttermundsweite bei Auf- nahme~~		X	X		

17 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
~~484~~ <u>4</u>	Antenatale Kortikosteroid- therapie		X	X		
~~49~~	~~Aufnahme-CTG~~		~~X~~	~~X~~		
~~504~~ <u>5</u>	Geburtsrisiken			X	X	
~~514~~ <u>6</u>	Geburtsrisiko ¹⁸		X	X		
~~524~~ <u>7</u>	Geburtseinleitung		X	X		
~~53~~	~~Wehenmittel s. p.~~		~~X~~	~~X~~		
~~54~~	~~Episiotomie~~			~~X~~		
~~554~~ <u>8</u>	Dammriss		X	X		
~~56~~	~~Blutung > 1000 ml~~			~~X~~		
~~57~~	~~Hysterektomie/Laparotomie~~		~~X~~	~~X~~		
~~58~~	~~Sepsis~~		~~X~~	~~X~~		
~~59~~	~~Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.~~		~~X~~	~~X~~		
~~60~~	~~Anämie Hb < 10 g/dl~~		~~X~~	~~X~~		
~~61~~	~~allgemeine behandlungsbe- dürftige postpartale Komplika- tionen~~		~~X~~	~~X~~	~~X~~	
~~62~~	~~Pneumonie~~			~~X~~		

18 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
~~63~~	~~kardiovaskuläre Komplika- tion(en)~~			✗		
~~64~~	~~tiefe Bein-/Becken- venenthrombose~~			✗		
~~65~~	~~Lungenembolie~~			✗		
~~66~~	~~Harnwegsinfektion~~			✗		
~~67~~	~~Wundinfektion/Abszessbil- dung~~			✗		
~~68~~	~~Wundhämatom/Nachblu- tung~~			✗		
~~69~~	~~sonstige Komplikation~~			✗		
~~704~~ <u>9</u>	Entlassungs-/Verlegungsdi- agnose Mutter ¹⁹	X		X		
~~715~~ <u>0</u>	weitere kombinierte Entlas- sungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ²⁰	X		X		
~~725~~ <u>1</u>	Entlassungsgrund Mutter	X	X	X	X	
~~735~~ <u>2</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund Mutter	X	X	X	X	
~~745~~ <u>3</u>	Entlassungsdatum Mutter	X				

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

20 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
~~755~~ <u>4</u>	Quartal des Entlassungstages ²¹	X		X	X	
~~765~~ <u>5</u>	Wochentag 1 - 7 ²²			X		
~~775~~ <u>6</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²³	X		X	X	
~~78~~	~~Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt~~		✗	✗		
~~795~~ <u>7</u>	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
~~805~~ <u>8</u>	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ²⁴	X			X	
~~815~~ <u>9</u>	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²⁵	X			X	

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

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

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

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.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die 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
~~826~~ <u>0</u>	Versionsnummer				X	
~~836~~ <u>1</u>	lfd. Nr. des Mehrlings	X	X		X	
~~84~~	~~CTG-Kontrolle~~		X	X	X	
~~85~~	~~externes CTG~~		X	X		
~~86~~	~~internes CTG~~		X	X		
~~87~~	~~Blutgasanalyse Fetalblut~~			X	X	
~~88~~	~~Base-Excess der Fetalblutana- lyse~~			X		
~~89~~	~~pH-Wert der Fetalblutana- lyse~~			X		
~~906~~ <u>2</u>	Lage		X	X		
~~916~~ <u>3</u>	Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode		X	X		
~~926~~ <u>4</u>	Geburtsmodus		X	X	X	
~~936~~ <u>5</u>	Indikation zur operativen Geburt ²⁶		X	X		

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

26 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
~~946~~ ~~6~~	Kaiserschnittgeburt unter Antibiotika (Mutter)		X	X		
~~956~~ ~~7~~	Notsektio		X	X	X	
~~966~~ ~~8~~	Hauptindikation bei Notsek- tio		X	X		
~~976~~ ~~9~~	E-E-Zeit bei Notsektio		X	X		
~~987~~ ~~0~~	Pädiater bei Kindsgeburt an- wesend		X	X		
~~99~~	~~Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen~~			~~X~~		
~~100~~	~~Abstand zwischen Geburts- uhrzeit und Eintreffen des Pädiaters (in Minuten)²⁷~~		~~X~~	~~X~~		
~~101~~	~~Abstand zwischen Aufnah- meuhrzeit und Eintreffen des Pädiaters (in Minuten)²⁸~~		~~X~~	~~X~~		
~~102~~ ~~71~~	Geburtsdatum des Kindes	X	X	X		

~~27 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Datum“ und „Uhrzeit“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.~~

~~28 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit“, „Datum“ und „Uhrzeit“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~103~~ <u>72</u>	Abstand Geburtsdatum - Er- rechneter Termin in Tagen ²⁹	X	X	X	X	
~~104~~ <u>73</u>	postpartale Verweildauer der Mutter (in Tagen) ³⁰	X		X	X	
~~105~~ <u>74</u>	Quartal des Geburtstages des Kindes ³¹	X		X	X	
~~106~~ <u>75</u>	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ³²	X	X		X	
~~107~~ <u>76</u>	Abstand zwischen Geburts- uhrzeit und begonnener an- tenataler Kortikosteroidthe- rapie (in Minuten) ³³		X	X		
~~108~~ <u>77</u>	Uhrzeit der Geburt	X	X	X		
~~109~~ <u>78</u>	Geburtsort des Kindes	X	X		X	
~~110~~ <u>79</u>	Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	

29 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

31 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

32 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

33 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“, „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“, „Geburtsdatum des Kindes“ und „Uhrzeit der Geburt“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~111~~ <u>80</u>	Bundesland des Geburtsortes	X	X		X	
~~112~~ <u>81</u>	Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
~~113~~ <u>82</u>	Geschlecht des Kindes	X	X	X		
~~114~~	~~APGAR [nach 1 min]~~			~~X~~		
~~115~~ <u>83</u>	APGAR [nach 5 min]		X	X		
~~116~~	~~APGAR [nach 10 min]~~			~~X~~		
~~117~~ <u>84</u>	Gewicht des Kindes	X	X	X		
~~118~~	~~Kopfumfang des Kindes~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~		
~~119~~	~~Allgemeinanästhesie~~		~~X~~	~~X~~		
~~120~~ <u>85</u>	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie			X	X	
~~121~~ <u>86</u>	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X		
~~122~~ <u>87</u>	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X		
~~123~~	~~Volumensubstitution~~			~~X~~		
~~124~~	~~Pufferung~~		~~X~~	~~X~~		
~~125~~	~~Maskenbeatmung~~		~~X~~	~~X~~		
~~126~~	~~O2-Anreicherung~~		~~X~~	~~X~~		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~127~~ <u>88</u>	Fehlbildungen vorhanden		X	X		
~~128~~	~~Art der Fehlbildung³⁴~~		~~X~~	~~X~~		
~~129~~ <u>89</u>	Totgeburt		X	X	X	
~~130~~ <u>90</u>	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt		X	X		
~~131~~	~~Todeszeitpunkt bei Totgeburt~~		~~X~~	~~X~~		
~~132~~	~~Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung~~		~~X~~	~~X~~		
~~133~~ <u>91</u>	Kind in Kinderklinik verlegt	X	X	X		
~~134~~ <u>92</u>	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	X	X			
~~135~~ <u>93</u>	Entlassungsquartal Kind ³⁵	X		X	X	
~~136~~ <u>94</u>	Entlassungswochentag Kind (Wochentag 1 -7) ³⁶	X		X		

~~34 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.~~

35 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

36 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ 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
~~137~~ <u>95</u>	postpartale Verweildauer des Kindes (in Tagen) ³⁷			X	X	
~~138~~ <u>96</u>	Abstand zwischen Geburt und Entlassung des Kindes (in Minuten) ³⁸				X	
~~139~~ <u>97</u>	Entlassungs-/Verlegungs- uhrzeit aus der Geburtsklinik Kind	X	X			
~~140~~ <u>98</u>	Entlassungs-/Verlegungsdi- agnose aus der Geburtsklinik Kind ³⁹	X	X	X		
~~141~~ <u>99</u>	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	X	X	X	X	
~~142~~ <u>100</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund aus der Geburts- klinik Kind	X	X	X	X	
~~143~~ <u>101</u>	Verlegung in ein ausländi- sches Krankenhaus	X		X		
~~144~~ <u>102</u>	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage		X	X		

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

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

39 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
~~145~~	~~Todesursache des lebendge- borenen Kindes⁴⁰~~			✗		
~~146~~ <u>103</u>	Datum des Todes - lebendge- borenes Kind	X				
~~147~~ <u>104</u>	Abstand Todesdatum - Ge- burtsdatum (in Tagen) ⁴¹			X	X	

~~40 Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.~~

41 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Todes - lebendgeborenes Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie

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	

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		X	
10	GKV-Versichertenstatus ⁴	X	X		X	
11	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes ⁵	X	X		X	
12	Nachname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
13	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes ⁶	X	X		X	
14	Vorname der Mutter liegt nicht vor	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“ und „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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“, „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ und „Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

6 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ 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 ⁷	X	X	X	X	
17	aufnehmender Standort 6-stellig ⁸	X	X	X		
18	Betriebsstätten-Nummer	X				
19	Fachabteilung	X	X			
20	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses		X	X		
21	Geschlecht	X	X	X		
22	Mehrlingsgeburt	X	X	X	X	
23	Anzahl Mehrlinge	X	X	X		
24	laufende Nummer des Mehrlings	X	X	X		
25	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X		
26	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)		X	X		
27	Geburtsdatum des Kindes	X	X			
28	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen) ⁹		X	X	X	

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

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

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Geburtsdatum des Kindes“ 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
29	Alter bei Aufnahme in Stunden ¹⁰	X	X	X	X	
30	Geburtsjahr ¹¹	X		X	X	
31	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ¹²	X	X		X	
32	Uhrzeit der Geburt	X	X			
33	Geburtsort des Kindes	X	X		X	
34	Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
35	Bundesland des Geburtsortes	X	X		X	
36	Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
37	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X		
38	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X	
~~39~~	~~Transport zur Neonatologie~~		X	X		
~~40~~ <u>9</u>	primär palliative Therapie (ab Geburt)		X	X	X	

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

11 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

12 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ 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
~~414~~ <u>0</u>	Kind im Kreißsaal verstorben			X	X	
~~424~~ <u>1</u>	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X		
~~434~~ <u>2</u>	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen) ¹³		X	X	X	
~~444~~ <u>3</u>	Monat des Aufnahmetages ¹⁴	X		X	X	
~~454~~ <u>4</u>	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X			
46	~~Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung~~	X	X			
47	~~Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung¹⁵~~	X	X	X	X	
48	~~Abstand zwischen Aufnahmezeitpunkt und Aufnahme~~				X	

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

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

~~15 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ 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
	~~in die pädiatrische Abteilung (in Minuten)¹⁶~~					
~~49~~	~~Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)~~	~~x~~	~~x~~			
~~45~~	~~Aufnahmegrund~~	~~x~~				
~~5046~~	Aufnahme ins Krankenhaus von		x	x	x	
~~5147~~	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	x	x	x	~~x~~	
~~5248~~	Gewicht bei Aufnahme	x	x	x		
~~53~~	~~Kopfumfang bei Aufnahme~~		~~x~~	~~x~~		
~~54~~	~~Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt~~		~~x~~	~~x~~		
~~5549~~	Körpertemperatur bei Aufnahme		x	x		
~~5650~~	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt		x	x		
~~5751~~	angeborene Erkrankungen		x	x	x	
~~5852~~	Diagnose der angeborenen Erkrankung ¹⁷		x	x		

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“, „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“, „Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung“ und „Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁷ 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
~~595~~ <u>3</u>	Schädelsonogramm durch- geführt/vorhanden		X	X	X	
~~605~~ <u>4</u>	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hä- morrhagie		X	X	X	
~~615~~ <u>5</u>	Status bei Aufnahme		X	X		
~~62~~	~~Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)~~		~~X~~	~~X~~	~~X~~	
~~63~~	~~Status bei Aufnahme~~		~~X~~	~~X~~		
~~645~~ <u>6</u>	ROP-Screening durchge- führt/vorhanden		X	X	X	
~~655~~ <u>7</u>	Datum des ersten ROP- Screenings		X	X		
~~665~~ <u>8</u>	Frühgeborenen-Retinopa- thie (ROP)		X	X	X	
~~675~~ <u>9</u>	ROP-Status bei Aufnahme		X	X		
~~686~~ <u>0</u>	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X	
~~696~~ <u>1</u>	Beginn		X	X		
~~706~~ <u>2</u>	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁸		X	X	X	

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~716~~ <u>3</u>	endgültige Beendigung		X	X		
~~726~~ <u>4</u>	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁹		X	X	X	
~~736~~ <u>5</u>	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X	
~~746~~ <u>6</u>	Beginn	X	X	X		
~~756~~ <u>7</u>	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung (in Ta- gen) ²⁰	X	X	X	X	
~~76~~	~~endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~		
~~77~~	~~Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung (in Tagen)²¹~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	~~X~~	
~~786~~ <u>8</u>	endgültige Beendigung jegli- cher Atemhilfe	X	X	X		

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

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

~~21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.~~

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
~~796~~ <u>9</u>	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung incl. CPAP (in Tagen) ²²	X	X	X	X	
~~807~~ <u>0</u>	Pneumothorax		X	X	X	
~~817~~ <u>1</u>	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X		
~~827~~ <u>2</u>	Behandlung des Pneumothorax		X	X		
~~837~~ <u>3</u>	moderate oder schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X		
~~847~~ <u>4</u>	Status bei Aufnahme		X	X		
~~857~~ <u>5</u>	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X	X	X	X
~~867~~ <u>6</u>	HIE (Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie)		X	X		X
~~877~~ <u>7</u>	Sepsis		X	X	X	
~~887~~ <u>8</u>	Datum des Sepsis-Beginns		X	X		
~~897~~ <u>9</u>	Pneumonie		X	X	X	

²² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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
~~908~~ <u>0</u>	Abstand zwischen Geburts- datum und Pneumonie-Beg- inn ²³		X	X	X	
~~918~~ <u>1</u>	nekrotisierende Enterokoli- tis (NEK) (Stadium II oder III)		X	X	X	
~~928~~ <u>2</u>	Status bei Aufnahme		X	X		
~~938~~ <u>3</u>	fokale intestinale Perfora- tion (FIP) / singuläre intesti- nale Perforation (SIP)		X	X		
~~948~~ <u>4</u>	Status bei Aufnahme		X	X		
~~958~~ <u>5</u>	Neugeborenen-Hörscreen- ing		X	X		
~~96~~	~~OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopa- thie)~~		~~X~~	~~X~~		
~~978~~ <u>6</u>	OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekroti- sierende Enterokolitis)		X	X		
~~988~~ <u>7</u>	OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intes- tinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Per- foration (SIP)		X	X		

²³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Pneumonie-Beginns“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld be-
rechnet 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
~~99~~	~~OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus~~		✗	✗		
~~100~~ ~~88~~	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X		X
~~101~~ ~~89~~	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁴	X	X	X	X	
~~102~~ ~~90~~	Monat des Entlassungstages ²⁵	X		X	X	
~~103~~ ~~91~~	Abstand zwischen Aufnahmezeitpunkt ins Krankenhaus und Entlassungs-/Todeszeitpunkt ²⁶				X	
~~104~~ ~~92~~	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt	X			X	
~~105~~	~~Körpergewicht bei Entlassung~~	✗	✗	✗		
~~106~~	~~Kopfumfang bei Entlassung~~		✗	✗		
~~107~~	~~Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt~~		✗	✗		

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

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

26 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“, „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“, „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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
~~108~~	~~Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbe- darf~~		~~x~~	~~x~~		
~~109~~	~~Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung~~		~~x~~	~~x~~		
~~110~~ <u>93</u>	Entlassungsgrund	x	x	x	x	x
~~111~~ <u>94</u>	nicht spezifizierter Entlas- sungsgrund	x	x	x	x	
~~112~~ <u>95</u>	Verlegung in ein ausländi- sches Krankenhaus	x	~~x~~	x	x	
~~113~~ <u>96</u>	Todesursache		x	x		
~~114~~ <u>97</u>	weitere (Entlassungs-)Diag- nose(n) ²⁷	x	x	x		

²⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	3 Datenfelder für die Basisauswertung ²	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Folow-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@versicherten-zahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ³	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							

1 Im Rahmen der Darstellung des Verlegungsgeschehens von Frühgeborenen unter 1.500 g (deskriptiv) werden weder Indikatoren noch Kennzahlen berechnet, sondern Qualitätsinformationen dargestellt.

2 Im Rahmen der Darstellung des Verlegungsgeschehens von Frühgeborenen unter 1.500 g in der Neonatologie (deskriptiv) wird unter dem Verwendungszweck „Basisauswertung“ Folgendes verstanden: Datenfelder, die für die Verknüpfung von verlegten Fällen notwendig sind sowie Datenfelder, die zur Validierung (chronologisch korrekte Darstellung) von möglichen Verlegungsketten notwendig sind.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	3 Datenfelder für die Basisauswertung ²	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	5 Follow-up-Information
<u>1</u>	<u>Geschlecht des Versicherten</u>	<u>Stamm@geschlecht</u>		<u>X</u>			
<u>42</u>	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X		X		
<u>23</u>	Geburtsdatum des Versicherten	Stamm@gebdatum	X	X			
<u>34</u>	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
<u>45</u>	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ⁴	Stamm@versicherungsdatum		X		X	
<u>56</u>	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus		X		X	
§ 301 (Krankenhäuser)							

⁴ Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(301).Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(301).Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK	X	X			

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		des Absenders@nummer					
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer		X			
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X		
7	Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X	X		
8	Aufnahmeuhrzeit des Falles, an dem der Versicherte ins	301.Aufnahmesatz.AUF.Au			X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	KH aufgenommen wird	fnahmeuhrzeit@aufnzeit					
9	Aufnahmegewicht in Gramm	301.Aufnahme-satz.AUF.Aufnahme-gewicht@ge-wicht	X	X	X		
10	Entlassungs- bzw. Verlegungstag des Patienten	301.Entlassungsan-zeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entl-datum	X		X		X
11	Entlassungs- bzw. Verlegungsuhrzeit des Patienten	301.Entlassungsan-zeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsuhr-zeit@entl-zeit			X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
12	Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X			X
13	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khuunterbrechung		X			
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Proze-	X	X			X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		duren-schlüssel@ops					
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operations-tag@datum	X	X			X
16	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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
17	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
18	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X			X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung ¹	Datenfelder für die Basisauswertung ²	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern						
19	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

Stand: 08.04.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 14: QS HGV – derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 5
- § 4 Abs. 2
- Anlage I (*entspricht der vom IQTIG am 19.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)
- Anlage II (*entspricht der vom IQTIG am 17.03.2026 bereitgestellten Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Hüftendoprothesen, Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel sowie ausschließlich osteosynthetisch versorgte isolierte Schenkelhals-Frakturen und pertrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Hüftgelenkversorgung“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS HGV“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Peri- und postoperative Komplikationen inklusive Sterblichkeit
- c) Prozessqualität
- d) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- e) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

²Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- d) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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 der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 2026~~30~~ 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 20~~27~~31 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 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 Krankenhäusern und
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstabe a, b und c festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2021. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die jährlichen Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten zu Indikatoren und Kennzahlen mit 30-Tage, 90-Tage und 365-Tage-Follow-up-Zeitraum mit Bezug zu einem Indexeingriff aus dem Vorjahr oder Vor-Vorjahr auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und Follow-up-Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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) 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 Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie 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 das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie.

²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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 Krankenhäuser 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 Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten für die Hüftendoprothesenversorgung gemäß Anlage II Buchstabe a 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. ⁷Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten zu hüftgelenknahen Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung gemäß Anlage II Buchstabe b unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁸Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Hüftendoprothesen-Erstimplantation“, „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“ und „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(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 sind 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 LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HGV)**a) Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung****Indikatorenliste**

1	Präoperative Verweildauer
ID	54030
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn (=präoperative Verweildauer).
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Gehunfähigkeit bei Entlassung
ID	54033
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<u>3</u>	<u>Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>542600</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30 oder 90 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
~~2~~	~~Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf~~
~~ID~~	~~542600~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer~~

<u>Qualitätsziel</u>	~~hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up Zeitraums aufgetreten sind.~~ ~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur~~
<u>Art des Wertes</u>	~~Transparenzkennzahl~~
<u>4</u>	<u>Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>542603</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30, 90 oder 365 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>5</u>	<u>Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>542606</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>6</u>	<u>Hüft-Erstimplantation nach osteosynthetisch versorgter hüftgelenknaher Femurfraktur innerhalb von 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>542711</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst ungeplante, elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation innerhalb von 365 Tagen nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer Hüft-Erstimplantation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</u>

<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
---------------------	--------------------------

Kennzahlenliste

~~1~~	~~Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf~~
~~ID~~	~~542603~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~2~~	~~Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf~~
~~ID~~	~~542600~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~3~~	~~Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen~~
~~ID~~	~~542606~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.~~

~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~

b) Hüftendoprothesenversorgung

Indikatorenliste

1	Präoperative Verweildauer
ID	54003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn (=präoperative Verweildauer).
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
<u>2</u>	<u>Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192600</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30 oder 90 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>3</u>	<u>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192601</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30 oder 90 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>

<u>4</u>	<u>Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Krankenhaus und bis zu 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192602</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30 oder 90 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>5</u>	<u>Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192603</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30, 90 oder 365 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>6</u>	<u>Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192604</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30, 90 oder 365 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>7</u>	<u>Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Krankenhaus und bis zu 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192605</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel</u>

<u>Qualitätsziel</u>	<u>bzw. -Komponentenwechsel, die intra- oder postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30, 90 oder 365 Tage postoperativ aufgetreten sind.</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>28</u>	Gehunfähigkeit bei Entlassung
ID	54012
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<u>39</u>	Kein Treppensteigen bei Entlassung
ID	192300
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Krankenhausaufnahme Treppensteigen konnten und die Fähigkeit zum Treppensteigen zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht wiedererlangt haben.
Qualitätsziel	Möglichst ~~hohes Maß an Selbstständigkeit der~~ <u>wenig</u> Patientinnen und Patienten ~~beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt, die bei~~ der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung <u>Probleme beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe haben.</u>
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<u>10</u>	<u>Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192607</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>

<u>11</u>	<u>Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192606</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>12</u>	<u>Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192608</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>13</u>	<u>Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192610</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.</u>
<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>
<u>14</u>	<u>Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen</u>
<u>ID</u>	<u>192609</u>
<u>Beschreibung</u>	<u>Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.</u>

<u>Qualitätsziel</u>	<u>Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</u>
<u>Indikatortyp</u>	<u>Ergebnisindikator</u>

Kennzahlenliste

~~1~~	~~Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf~~
~~ID~~	~~192600~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~2~~	~~Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf~~
~~ID~~	~~192601~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
~~Qualitätsziel~~	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation~~
~~Art des Wertes~~	~~Transparenzkennzahl~~
~~3~~	~~Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf~~
~~ID~~	~~192602~~
~~Beschreibung~~	~~Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel~~

	~~bzw. – Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
Qualitätsziel	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation~~
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf
ID	192603
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
Qualitätsziel	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation~~
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	192604
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.~~
Qualitätsziel	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation~~
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel im Verlauf
ID	192605

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	192607
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen
ID	192606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	192608
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb

Qualitätsziel	~~von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation~~
Art des Wertes	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel~~
10	~~Transparenzkennzahl~~
ID	~~Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf~~
Beschreibung	~~192610~~
Qualitätsziel	~~Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel.~~
Art des Wertes	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel~~
11	~~Transparenzkennzahl~~
ID	~~Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf~~
Beschreibung	~~192609~~
Qualitätsziel	~~Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.~~
Art des Wertes	~~Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel~~

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke**

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)

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	

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	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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	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 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 (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
18	Aufnahmedatum Krankenhaus		X	X		
19	Quartal des Aufnahmetages ⁸	X		X	X	
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁹	X	X	X	X	
21	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X		
22	Aufnahmegrund	X		X		
~~23~~	~~nicht spezifizierter Aufnahmegrund~~	~~X~~		~~X~~		
~~24~~ <u>3</u>	Geburtsjahr ¹⁰	X	~~X~~	X	X	
~~25~~ <u>4</u>	Geschlecht	X	X	X		
~~26~~ <u>5</u>	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
~~27~~ <u>6</u>	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
~~28~~ <u>7</u>	Treppensteigen vor Aufnahme		X	X		
~~29~~ <u>8</u>	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes ¹¹	X			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
<u>29</u>	<u>sonstige OPS-Kodes¹²</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	
30	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
31	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹³	X			X	
32	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ¹⁴	X			X	
33	Versionsnummer				X	
34	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X	X	X	
35	initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur		X	X		
36	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		

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

13 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.

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.

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	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		X
38	Art des Eingriffs		X	X	X	X
39	Datum des Eingriffs	X	X			X
40	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁵	X	X	X	X	
41	Quartal der Operation ¹⁶	X		X	X	
42	Praeoperative Verweildauer in Minuten ¹⁷	X	X	X	X	
43	Beginn des Eingriffs		X	X		
44	Prozedur(en) ¹⁸		X	X	X	
45	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
46	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ¹⁹	X			X	

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

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

17 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeit Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

19 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
47	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²⁰	X			X	
48	Versionsnummer				X	
49	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
50	Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?				X	
51	Koxarthrose		X	X		
52	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X		
53	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		X	X	X	
54	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X			
55	Zeitpunkt der Fraktur		X			
56	Frakturlokalisation		X	X	X	

²⁰ 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
57	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X		
58	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X	
59	Thrombozytenaggregationshemmer		X	X		
60	Vitamin-K-Antagonisten		X	X		
61	DOAK/NOAK		X	X		
62	Sonstige		X	X		
63	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
64	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ²¹	X			X	
65	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²²	X			X	

21 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.

22 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
66	Versionsnummer				X	
67	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
68	Wievielte elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X	
69	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X	X	
70	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X	
71	Vorgangsnummer und Datensatz-ID ²³	X			X	
72	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) ²⁴	X			X	

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

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
73	Versionsnummer				X	
74	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
75	Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X	
76	Implantatbruch		X	X		X
77	Implantatabrieb/-verschleiß		X	X		X
78	Implantatfehlage der Pfanne		X	X		X
79	Implantatfehlage des Schafts		X	X		X
80	Lockerung der Pfannenkomponente		X	X		X
81	Lockerung der Schaftkomponente		X	X		X
82	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation		X	X		X
~~83~~	~~primäre Implantatfehlage~~		X	X		
~~84~~	~~sekundäre Implantatdislokation~~		X	X		
~~105~~ <u>83</u>	<u>Ist die mechanische Komplikation intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>

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
~~108~~ 84	Ist die <u>Endoprothesen(sub)luxation</u> intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~85~~ 5	Ist eine revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		X	X		<u>X</u>
~~86~~ 6	Ist eine Wunddehiszenz intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		X	X		<u>X</u>
~~87~~ 7	Ist eine sekundäre Nekrose der Wundränder intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		X	X		<u>X</u>
~~88~~	~~postoperative Wundinfektion~~		~~X~~	~~X~~	~~X~~	
~~89~~	~~Wundinfektionstiefe~~		~~X~~	~~X~~		
~~102~~ 88	Ist die <u>Infektion am Gelenk</u> intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~90~~ 9	Gehstrecke bei Entlassung		X	X		
~~91~~ 0	Gehhilfen bei Entlassung		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~929~~ <u>1</u>	Treppensteigen bei Entlassung		X	X		
~~923~~	Quartal des Entlassungstages ²⁵	X		X	X	
~~934~~	Wochentag 1 - 7 ²⁶			X		
~~945~~	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁷	X	✗	X	X	
~~956~~	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~967~~	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~978~~	Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X		
~~989~~	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt		X	X	X	
~~10099~~	Entlassungsdiagnose(n) ²⁸	X	X	X	X	
~~1001~~	<u>Schlaganfall</u> Bestand der <u>akute Schlaganfall vor der ersten operativen Versorgung an der Hüfte in diesem Aufenthalt?</u>		X	X		X
~~102~~	~~Infektion am Gelenk~~		✗	✗		✗

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

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

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

28 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- denti- fikation	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
~~103~~ 101	<u>Bestand(en) die akute(n) be- handlungsbedürftige(n) kar- diale(n) Komplikation(en) vor der ersten operativen Versorgung an der Hüfte in diesem Aufenthalt?</u>		X	X		X
~~107~~ 102	<u>Bestand die <u>Pneumonie</u> vor der ersten operativen Ver- sorgung an der Hüfte in die- sem Aufenthalt?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~103~~ 4	<u>Lungenembolie</u> Bestand die Lungenembolie vor der ers- ten operativen Versorgung an der Hüfte in diesem Auf- enthalt?		X	X		X
~~104~~ 9	<u>Bestand die akute Bein- /Be- ckenvenenthrombose vor der ersten operativen Ver- sorgung an der Hüfte in die- sem Aufenthalt?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~105~~	~~Mechanische Komplikation~~		✗	✗		✗
~~105~~ 6	<u>Bestand die akute Nierenin- suffizienz vor der ersten ope- rativen Versorgung an der Hüfte in diesem Aufenthalt?</u>		X	X		X
~~107~~	~~Pneumonie~~		✗	✗		✗
~~108~~	~~Endoprothesen(sub)luxation~~		✗	✗		✗
~~109~~	~~Bein-/Beckenvenenthrom- bose~~		✗	✗		✗

|

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer –Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

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	
6	Modulbezeichnung				X	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte 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	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	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“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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 (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
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Aufnahmedatum Krankenhaus		X	X		
19	Quartal des Aufnahmetages ⁸	X		X	X	
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁹	X	X	X	X	
21	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X		
<u>22</u>	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				
<u>23</u> <u>2</u>	Geburtsjahr ¹⁰	X	X	X	X	
<u>24</u> <u>3</u>	Geschlecht	X	X	X		
<u>25</u> <u>4</u>	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X		

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

9 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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 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
~~262~~ 5	vorbestehende Koxarthrose		X	X		
~~272~~ 6	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes			X	X	
~~282~~ 7	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X			
~~292~~ 8	Zeitpunkt der Fraktur		X	X		
~~302~~ 9	Frakturlokalisation		X	X	X	
~~313~~ 0	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X		
~~323~~ 1	Patient wurde mit anti-thrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X	
~~333~~ 2	Thrombozytenaggregationshemmer		X	X		
~~343~~ 3	Vitamin-K-Antagonisten		X	X		
~~353~~ 4	DOAK/NOAK		X	X		
~~363~~ 5	Sonstige		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~373~~ 6	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
~~383~~ 7	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
~~393~~ 8	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
~~403~~ 9	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		
~~414~~ 0	Datum des Eingriffs		X	X		
~~424~~ 1	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹	X		X	X	
~~434~~ 2	Quartal der Operation ¹²	X		X	X	
~~444~~ 3	Praeoperative Verweildauer in Minuten ¹³	X	X	X	X	
~~454~~ 4	Beginn des Eingriffs		X	X		

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

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

13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeit Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ 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
~~46~~ 5	Prozedur(en) ¹⁴	X		X		
46	~~primäre Implantatfehl- lage~~		X	X		
47	~~sekundäre Implantatdislo- kation~~		X	X		
~~63~~ 4 7	Ist die <u>mechanische Kompli- kation intra- oder postope- rativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
444 8	Ist eine revisionsbedürftige prolongierte Wundsekre- tion, Serom oder Gelenker- guss <u>intra- oder postopera- tiv bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?</u>		X	X		<u>X</u>
454 9	Ist eine Wunddehiszenz <u>in- tra- oder postoperativ bei dieser operativen Versor- gung aufgetreten?</u>		X	X		<u>X</u>
504 6	Ist eine sekundäre Nekrose der Wundränder <u>intra- oder postoperativ bei dieser ope- rativen Versorgung aufge- treten?</u>		X	X		<u>X</u>
47	~~postoperative Wundinfek- tion~~		X	X	X	

14 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
~~48~~	~~Wundinfektionstiefe~~		X	X		
~~605~~ <u>1</u>	<u>Ist die Infektion am Gelenk intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~495~~ <u>2</u>	Gehstrecke bei Entlassung		X	X		
~~505~~ <u>3</u>	Gehhilfen bei Entlassung		X	X		
~~515~~ <u>4</u>	Quartal des Entlassungstages ¹⁵	X		X	X	
~~525~~ <u>5</u>	Wochentag 1 - 7 ¹⁶			X		
~~535~~ <u>6</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁷	X		X	X	
~~545~~ <u>7</u>	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~555~~ <u>8</u>	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	

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

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

17 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
~~565~~ <u>9</u>	Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X	
~~576~~ <u>0</u>	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt		X	X	X	
~~586~~ <u>1</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁸	X	X	X		
~~596~~ <u>2</u>	<u>Bestand der akute Schlaganfall vor der operativen Versorgung?</u>		X	X		X
~~60~~	~~Infektion am Gelenk~~		~~X~~	~~X~~		~~X~~
~~616~~ <u>3</u>	<u>Bestand(en) die akute(n) behandlungsbedürftige(n) kardiale(n)-Komplikation(en) vor der operativen Versorgung?</u>		X	X		X
~~656~~ <u>4</u>	<u>Bestand die Pneumonie vor der operativen Versorgung?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~626~~ <u>5</u>	<u>Bestand die Lungenembolie vor der operativen Versorgung?</u>		X	X		X
~~63~~	~~mechanische Komplikation~~		~~X~~	~~X~~		~~X~~

18 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
~~666~~ 6	<u>Bestand die Bein-/Becken- venenthrombose vor der operativen Versorgung?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~646~~ 7	<u>Bestand die akute Nierenin- suffizienz vor der operativen Versorgung?</u>		X	X		X
~~65~~	~~Pneumonie~~		✖	✖		✖
~~66~~	~~Bein-/Beckenvenenthrom- bose~~		✖	✖		✖

c) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V V – Hüftgelenkversorgung

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@kasseiknr	X	X		X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequen-tial_nr(Admin@lfdnr)				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleistungserkennung	Admin@dienstleister				X	
§284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht		X	X		
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	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
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X	X	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.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X	

¹ Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

² Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art			X	X	
13	Bundesland der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. Absen- aus Datenbe- stand der Kasse ³	ausstate_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundes- land			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungs- anzeige.FKT.IK des Absen- ders@nummer			X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungs- anzeige.STA.Stand- ortnummer@st dnummer			X	X	
16	Erster Aufnahme- tag des Falles, an- dem der Versi- cherte ins KH auf- genommen wird	301.Aufnahme- satz.AUF.Auf- nahmetag@auf- ndatum		X		X	X

³ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahme-grund@aufngrund			X		X
18	Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keinetum Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldat		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	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#',	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagno		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
111	'!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TAZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	seschlüssel@icd					
21	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X			
22	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Pri-	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
	märdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
23	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Serien Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
24	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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X			
26	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X		X
27	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X			

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedur@ops	X	X	X		X
29	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung		X			
30	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X		X
31	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
§301 (Ambo)							
33	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X	
34	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
35	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁶	ausstate_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
36	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des	X	X			

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

⁶ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
		Absenders@nummer					
37	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante Operationen.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum		X			X
38	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operationen.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	X	X
39	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operationen.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X			

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
40	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt- und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnose.Schlüssel@icd_sek		X	X	X	X
41	Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X			
42	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum		X		X	X
43	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel- und Prozeduren)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozeduren		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
	sel der durchgeführten Leistung)	chlüssel@ops					
44	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung		X			
45	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
§295 (kollektivvertraglich)							
46	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁷	source(295k)@quelle				X	
47	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁸	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
48	KV-Region der Praxis aus 1. und	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 beider 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
	2. Stelle der BSNR ⁹	1/1.2)@kvregion					
49	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
50	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
51	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@enddatum	X				
52	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
53	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation		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 beider 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
54	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
55	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm		X	X		X
56	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum		X		X	X
57	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X				
58	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (NBSNR) ¹⁰	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
59	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹¹	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion				X	
60	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops		X	X		X
61	Seitenlokalisation der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisation		X			
§295 (selektivvertraglich)							
62	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹²	source(295s)@quelle				X	
63	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum	X				

¹¹ Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

¹² Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
		um.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum					
64	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 X Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum					
65	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
66	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
	BSNR ¹³	2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion					
67	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
68	Bundesland der IKNR der Einrichtung (Stellen-3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	ausstate_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland				X	
69	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3	X	X			

¹³ 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 beider 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
		Betriebsstättennummer@nummer					
70	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
71	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, koordiniert@ops	X	X	X		X
72	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X			X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X		X
74	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, koordiniert@icd	X	X	X		X
75	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
76	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4	X			X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
		Diagnosedatum@datum					
77	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisation@lokalisation	X	X	X		X
§ 300 (Apotheken)							
78	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(300)@quelle				X	
79	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	
80	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten beider 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
	BSNR16						
81	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
82	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			
83	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfs-mittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonnummer der			X		
84	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X	
85	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X		

16 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 beider 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
86	Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet		X	X		

Stand: 08.04.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 15: QS KEP – Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 2 Abs. 5
- § 4 Abs. 2
- 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*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Knieendoprothesenversorgung“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS KEP“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Peri- und postoperative Komplikationen inklusive Sterblichkeit
- b) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

- a) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- b) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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 der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) 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 jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis zum 30. Juni 20~~26~~30 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 20~~27~~31 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 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

a) von den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a und b festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2021. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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.

§ 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) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten der Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die jährlichen Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten zu Indikatoren mit 30-Tage, 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum mit Bezug zu einem Indexeingriff aus dem Vorjahr oder Vor-Vorjahr auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 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 das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlerngebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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) 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 Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die LAGen 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 vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) 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 das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern

der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die 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. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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 Krankenhäuser 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Knieendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(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 sind 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 LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die 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, erstmalig bis zum 15. März 2023, 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 LAGen empfohlen 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 Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für das Erfassungsjahr 2026 sind die als Indikatoren bezeichneten Werte Kennzahlen.

Anlage I: ~~Indikatorenliste~~Kennzahlenliste (QS KEP)

1	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im ~~Verlauf~~ <u>Krankenhaus und bis zu 90 Tagen</u>
ID	202601
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation, die ~~während intra-~~ oder ~~nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums~~ <u>postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30 oder 90 Tage postoperativ</u> aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
~~Art des Wertes~~ <u>Indikatortyp</u>	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>
2	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im ~~Verlauf~~ <u>Krankenhaus und bis zu 90 Tagen</u>
ID	202602
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die ~~während intra-~~ oder ~~nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums~~ <u>postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30 oder 90 Tage postoperativ</u> aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
~~Art des Wertes~~ <u>Indikatortyp</u>	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>
3	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im ~~Verlauf~~ <u>Krankenhaus und bis zu 365 Tagen</u>
ID	202604
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation, die ~~während intra-~~ oder ~~nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums~~ <u>postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30, 90 oder 365 Tage postoperativ</u> aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation

~~Art des Wertes~~ ~~Indikatortyp~~	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>
4	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im ~~Verlauf~~ <u>Krankenhaus und bis zu 365 Tagen</u>
ID	202605
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die ~~während intra- oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up Zeitraums~~ <u>postoperativ im Krankenhaus beziehungsweise 30, 90 oder 365 Tage postoperativ</u> aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation
~~Art des Wertes~~ ~~Indikatortyp~~	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>
5	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	202607
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten
~~Art des Wertes~~ ~~Indikatortyp~~	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>
6	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation ~~im Verlauf~~ <u>innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen</u>
ID	202608
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
~~Art des Wertes~~ ~~Indikatortyp~~	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>

7	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel ~~im Verlauf innerhalb von 90 bzw. 365 Tagen~~
ID	202610
Beschreibung	~~Die Transparenzkennzahl~~ <u>Der Indikator</u> erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
~~Art des Wertes~~ ~~Indikatortyp~~	~~Transparenzkennzahl~~ <u>Ergebnisindikator</u>

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)**Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke****a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer –
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich
unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und –
Komponentenwechsel)**

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 ¹ [Basis]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID ² (GUID) [Basis]	X			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
4	Versionsnummer [Basis]				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
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	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X	X	X	X	
14	behandelnder Standort 6-stellig ⁷	X	X	X		
15	Betriebsstätten-Nummer	X				
16	Fachabteilung	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 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 (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
17	Quartal des Aufnahmetages ⁸	X		X	X	
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁹	X	X	X	X	
19	Aufnahmegrund	X		X		
~~20~~	~~nicht spezifizierter Aufnahmegrund~~	~~X~~		~~X~~		
~~20~~	Geburtsjahr ¹⁰	X	~~X~~	X	X	
~~21~~	Geschlecht	X	X	X		
~~22~~	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes ¹¹	X			X	X
~~23~~	<u>sonstige OPS-Kodes¹²</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X	
25	Vorgangsnummer und Datensatz-ID [Prozedur] ¹³	X			X	

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

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

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

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

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

13 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
26	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Prozedur] ¹⁴	X			X	
27	Versionsnummer [Prozedur]				X	
28	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X	X	X	
29	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
30	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		X
31	Art des Eingriffs		X	X	X	X
32	Datum des Eingriffs	X	X			X
33	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁵	X	X	X	X	
34	Quartal der Operation ¹⁶	X		X	X	
35	Prozedur(en) ¹⁷		X	X	X	
36	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode +				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 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

17 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 Indikation oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	~~Registriercode) {Knieendoprothesen-Erstimplantation}~~					
~~37~~	~~Vorgangsnummer und Datensatz-ID¹⁸ {Knieendoprothesen-Erstimplantation}~~	~~×~~			~~×~~	
~~38~~	~~Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID¹⁹ (GUID) {Knieendoprothesen-Erstimplantation}~~	~~×~~			~~×~~	
~~39~~	~~Versionsnummer {Knieendoprothesen-Erstimplantation}~~				~~×~~	
~~40~~	~~Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes~~				~~×~~	

~~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.~~

~~19-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 Indikation oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	~~{Knieendoprothesen-Erstimplantation}~~					
41	~~Wieviele Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?~~				✗	
42	~~Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode+ Registriercode) {Wechsel bzw. Komponentenwechsel}~~				✗	
43	~~Vorgangsnummer und Datensatz-ID²⁰ {Wechsel bzw. Komponentenwechsel}~~	✗			✗	
44	~~Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID²¹ (GUID)~~	✗			✗	

20-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.

21-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
	~~{Wechsel bzw. Komponentenwechsel}~~					
45	~~Versionsnummer {Wechsel bzw. Komponentenwechsel}~~				X	
46	~~Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes {Wechsel bzw. Komponentenwechsel}~~				X	
47	~~Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?~~				X	
~~48~~ 6	~~Ist eine revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?~~		X	X		<u>X</u>
~~49~~ 7	~~Ist eine Wunddehiszenz intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?~~		X	X		<u>X</u>
~~50~~ 8	~~Ist eine sekundäre Nekrose der Wundränder intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?~~		X	X		<u>X</u>
~~60~~ 39	~~Ist die Infektion am Gelenk intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?~~		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>

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
~~62~~ 40	Ist die ~~M~~ mechanische Komplikation intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~65~~ 41	Ist die Endoprothesen(sub)luxation intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
42	Ist die Ruptur der Quadrizepssehne/ Ligamentum patellae intra- oder postoperativ bei dieser operativen Versorgung aufgetreten?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
~~534~~ 3	Quartal des Entlassungstages ²²	X		X	X	
~~544~~ 4	Wochentag 1 - 7 ²³			X		
~~554~~ 5	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁴	X	✗	X	X	
~~564~~ 6	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
~~574~~ 7	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	

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

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

24 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
<u>584</u> <u>8</u>	Entlassungsdiagnose(n) ²⁵	X	X	X	X	
<u>594</u> <u>9</u>	~~Schlaganfall~~ Bestand der akute Schlaganfall vor der ersten operativen Versorgung am Knie in diesem Aufenthalt?		X	X		X
<u>60</u>	~~Infektion am Gelenk~~		✗	✗		✗
<u>61</u>	~~Lungenembolie~~		✗	✗		✗
<u>62</u>	~~Mechanische Komplikation~~		✗	✗		✗
<u>625</u> <u>0</u>	Bestand(en) die akute(n) behandlungsbedürftige(n) kardiale(n) Komplikation(en) vor der ersten operativen Versorgung am Knie in diesem Aufenthalt?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
<u>63</u>	~~akute Niereninsuffizienz~~		✗	✗		✗
<u>645</u> <u>1</u>	~~Pneumonie~~ Bestand die Pneumonie vor der ersten operativen Versorgung am Knie in diesem Aufenthalt?		X	X		X
<u>65</u>	~~Endoprothesen(sub)luxation~~		✗	✗		✗
<u>61</u> <u>52</u>	Bestand die <u>Lungenembolie</u> vor der ersten operativen Versorgung am Knie in diesem Aufenthalt?		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>
<u>675</u> <u>3</u>	Bestand die Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X		X

25 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 Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungs bezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	<u>vor der ersten operativen Versorgung am Knie in diesem Aufenthalt?</u>					
~~63~~ 54	<u>Bestand die <u>akute Niereninsuffizienz</u> vor der ersten operativen Versorgung am Knie in diesem Aufenthalt?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>		<u>X</u>

**b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V –
Knieendoprothesenversorgung**

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@kasseiknr	X	X		X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht		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
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X		
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X	X	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.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	

¹ 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 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
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikation snnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art			X	X	
13	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	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer			X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer			X	X	

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

3 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 Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenomme- n wird	301.Aufnahmesatz .AUF.Aufnahmesta- g@aufndatum		X		X	X
17	Aufnahmegrund nach 4- stelligem Schlüssel (Voll- /teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz .AUF.Aufnahmegr- und@aufngrund			X		X
18	Entlassungsta- g 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/Verleg- ung@entldatum		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgr- und nach 3- stelligem Schlüssel (Behandlungs- ende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsan- zeige.ETL.Entlassu- ngs- /Verlegungsgrund @entlgrund		X	X		X
20	Hauptdiagnos- e bei Entlassung/Ver- legung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ':-'); Behand- lungsrelevant- e Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiag- nose zu	301.Entlassungsan- zeige.ETL.Hauptdi- agnose.Diagnosesch- lüssel@icd		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
	liefern						
21	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X			
22	Sekundäre Hauptdiagnosen, 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.Sekundäre Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X		X
23	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundäre Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		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
24	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
25	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
26	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und k	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_se		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
	Suffix ('+', '*', '#', '!', ':-'); Sekundärdiag- nosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagno- se geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
27	Seitenlokalisat- ion der sekundären Nebendiagno- se (L, R, B)	301.Entlassungsan- zeige.NDG.Sekund- är- Diagnose.Lokalisat- ion@lokalisierung_s- ek		X			
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführ- ten Leistung	301.Entlassungsan- zeige.FAB.Operati- on.Prozedurenschl- üssel@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
29	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@Lokalisation		X			
30	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X		X
31	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrup t(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund) @khunterbrechung			X		
32	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
§ 301 (Ambo)							
33	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo) @quelle				X	
34	Art der Identifikations	cp_type(kh_ambo. Ambulante				X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	nummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	Operation.FKT.IK des Absenders)@art					
35	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁶	state_key(kh_amb o.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
36	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
37	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante Operationen.REC. Tag des Zugangs@zugangsdatum		X			X
38	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag-		X	X	X	X

6 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 Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
	Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	nose.Diagnoseschlüssel@icd					
39	Seitenlokalisation der Behandlungsdia-gnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X			
40	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	X	X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
41	Seitenlokalisa- tion der Sekundär- Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambula- nte Operation.BDG.Se- kundär- Diagnose.Lokalisat- ion@lokalisierung_s- ek		X			
42	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambula- nte Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum		X		X	X
43	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambula- nte Operation.PRZ.Pro- zedur.Prozedurens- chlüssel@ops		X	X		X
44	Seitenlokalisa- tion der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambula- nte Operation.PRZ.Pro- zedur.Lokalisierung @lokalisierung		X			
45	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambula- nte	X	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
		Operation.PRZ.Prozedurentag@datum					
§ 295 (kollektivvertraglich)							
46	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁷	source(295k)@quelle				X	
47	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁸	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
48	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
49	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
50	Erstes Behandlungsdatum im	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.1@beginndatum	X	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.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Quartal						
51	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X				
52	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
53	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation		X			
54	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
55	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
56	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehend- er GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2 @datum		X		X	X
57	NBSNR Nebenbetrieb sstätte des Ortes der Leistungserbri- ngung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1 @nummer	X				
58	Art der Identifikation snummer des Leistungserbri- ngers (NBSNR) ¹⁰	cp_type(295k.LED. 5/5.2.1)@art				X	
59	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der	kv_key(295k.LED.5 /5.2.1)@kvregion				X	

¹⁰ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der NBSNR. 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
	NBSNR ¹¹						
60	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops		X	X		X
61	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung		X			
§ 295 (selektivvertraglich)							
62	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹²	source(295s)@quelle				X	
63	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginn	X				

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

12 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
		m					
64	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
65	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
66	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹³	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion				X	
67	Art der Identifikation snummer des Leistungserbringers (IKNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des				X	

¹³ 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
		Leistungserbringers)@art					
68	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland				X	
69	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	x			
70	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
71	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1	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
		Operationsschlüssel, codiert@ops					
72	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X			X	
73	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X		X
74	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
75	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit		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
		t@sicherheit					
76	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6. 2.4 Diagnosedatum@datum	X			X	
77	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6. 2.3 Seitenlokalisierung @lokalisierung	X	X	X		X
§ 300 (Apotheken)							
78	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(300)@quelle				X	
79	Art der Identifikation snummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	

14 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
	15						
80	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
81	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
82	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			
83	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder			X		
84	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden- tifikation	Datenfel- der für die Indikator - oder Kenn- zahlbe- rechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informat- ion
	Sonderkenn- zeichen handelt						
85	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X		
86	Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_ver- wendet		X	X		

Stand: 25.03.2026 nach UA QS

DeQS-RL Teil 2 – Verfahren 20: QS Sepsis – Derzeit geltende Fassung mit kenntlich gemachten Änderungsvorschlägen zum EJ 2027 in

- § 5 Abs. 2
- § 17 Abs. 1
- 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*)

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens ist die Diagnostik und Therapie im stationären Sektor bei volljährigen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Die einbezogenen Fälle werden nachfolgend als „Indexfälle“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Diagnostik und Therapie der Sepsis“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS Sepsis“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

- a) Einstufung des Sepsisrisikos
- b) Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik
- c) Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis
- d) Antiinfektive Therapie der Sepsis
- e) Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
- f) Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis
- g) Neu aufgetretenen Erkrankungen sowie Überleben der Patientinnen und Patienten

messen, vergleichend darstellen und soweit es sich um Qualitätsindikatoren handelt bewerten. ²Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in Anlage I aufgeführt.

³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
- b) Verbesserung des Erkennens mittels Screening und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis
- c) Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
- d) Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
- e) Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen.

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 der stationär behandelten Indexfälle.

(2) ¹Nicht berücksichtigt werden in diesem Verfahren Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und Sepsispatienten behandeln, sowie palliativ versorgte Patientinnen und Patienten mit Sepsis.

²Dieser Ausschluss betrifft Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die ihre Leistungen nach Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung) in der zuletzt am 12. Dezember 2024 geänderten Fassung mit einem der folgenden Fachabteilungsschlüssel dokumentieren:

1. 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
2. 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
3. 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
4. 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
5. 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
6. 0610 Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
7. 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
8. 0910 Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
9. 1000 Pädiatrie
 - a) 1004 Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
 - b) 1005 Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 - c) 1006 Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
 - d) 1007 Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
 - e) 1009 Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
 - f) 1011 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
 - g) 1012 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
 - h) 1014 Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
 - i) 1028 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
 - j) 1050 Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
 - k) 1051 Langzeitbereich Kinder
10. 1100 Kinderkardiologie
 - a) 1136 Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
11. 1200 Neonatologie
12. 1300 Kinderchirurgie
13. 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
14. 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
15. 2700 Augenheilkunde
16. 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
17. 2900 Allgemeine Psychiatrie
 - a) 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
 - b) 2930 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - c) 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie

- d) 2950 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
 - e) 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
 - f) 2952 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
 - g) 2953 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
 - h) 2954 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
 - i) 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
 - j) 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
 - k) 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - l) 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
18. 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
- a) 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - b) 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
19. 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
- a) 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
 - b) 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - c) 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
20. 3200 Nuklearmedizin
- a) 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
21. 3300 Strahlenheilkunde
- a) 3305 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 - b) 3350 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
22. 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
23. 3751 Radiologie
24. 3752 Palliativmedizin
25. 3753 Schmerztherapie
26. 3754 Heiltherapeutische Abteilung

- 27. 3756 Suchtmedizin
- 28. 3759 Schmerztherapie/Tagesklinik
- 29. 3760 Palliativmedizin Kinder

(3) ¹Es werden auch Kennzahlen verwendet, die assoziierte Folgeereignisse oder -zustände („Follow-up“) erfassen. ²Dies sind neu aufgetretene Morbiditäten sowie die Sterblichkeit.

(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 jeweiligen Krankenhäuser 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 das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus, auf die sich der Indexfall bezieht.

(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 2031 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 2032 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 zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexfällen in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einbezogen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer teilweise nur geringe Fallzahlen aufweisen und die durch den Follow-up-Indikator und die Follow-up-Kennzahlen erfassten Ereignisse 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 erfolgen und die Folgeereignisse für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexfall ausgelöst wurde, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

- a) den Krankenhäusern und
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstaben a, b und c festgelegt. ³Die Daten gemäß Anlage II Buchstaben a und b beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2026. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser 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 ~~fallbezogene Spezifikation~~ en muss erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie müssen bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴~~Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen.~~ ⁵⁴Die Spezifikationen werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

¹Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie verarbeitet. ²Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und der Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 3 Satz 4 der Richtlinie gilt, dass die einrichtungsbezogenen QS-Daten gemäß Anlage II Buchstabe c direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden.

§ 7 Datenprüfung

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

§ 8 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch fallbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

- c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für Krankenhäuser.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. ⁴Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁵Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus fallbezogener QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorjahres
- c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, bei denen mindestens ein maßgeblicher Indexfall nach § 1 Absatz 1 Satz 2 aufgetreten ist. ²Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. ³Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertung der Indikatoren im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation
- d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und –kennzahlen 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
- e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- g) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen

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

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

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

(1) ¹Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ²Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:

- 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 und –kennzahlen 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 mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) die Auswertungen der einzelnen Kennzahlen zu den Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation
- f) 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
- g) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

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

- a) drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser:
 - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
 - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung in Infektiologie oder Fortbildung(en) in „antibiotic stewardship“
 - Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker gemäß Nummer 3.1 der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2023, Seiten 322-351)
- b) zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen:
 - Fachärztin oder -arzt aus einem operativen Fachgebiet oder Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin.

²Dabei sollte mindestens eine Ärztin oder ein Arzt aus einem operativen Fach und eine Ärztin oder ein Arzt aus einem nicht-operativen Fach vertreten sein. ³Ergänzend für die Beratungen kann eine Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie von der LAG benannt werden. ⁴Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁵Die 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. ⁶Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 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 Krankenhäuser 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 an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(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 sind spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

(3) ¹Die stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II Buchstabe c an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § Absatz 1 der Richtlinie. ²Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt werden. ³Dem schließt sich eine Korrekturfrist bis zum 15. März an. ⁴Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich bis zum 15. März und bei Korrekturbedarf bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter, sodass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle einrichtungsbezogenen Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁵Eine Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie einschließlich der Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie ist für die einrichtungsbezogene Dokumentation nicht erforderlich; die Dokumentationspflicht für die einrichtungsbezogenen Daten ergibt sich aus der Aufstellung (Soll) der fallbezogenen Daten nach Absatz 1, wenn mindestens ein Fall dokumentationspflichtig geworden ist.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexfälle aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf Indexfälle des 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, erstmalig bis zum 15. März 2028, 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 LAGen empfohlen 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 einrichtungs- und fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr und Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

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

§ 19 Übergangsregelung

(1) Für die Erfassungsjahre 2026 bis 2028 wird für das Qualitätssicherungsverfahren QS Sepsis eine Übergangsregelung vorgesehen.

(2) ¹Für den Zeitraum der Übergangsregelung gelten in Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der Richtlinie nicht. ²Werden im Zeitraum der Übergangsregelung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie empfohlen werden.

(3) Ergebnisse zu erhobenen Daten aus dem Erfassungsjahr 2026 werden nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht.

(4) ¹Der Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung dient auch der Überprüfung auf Optimierungsbedarf nach Start des Verfahrens. ²Ergänzend zu § 2 Absatz 6 hat das Institut nach § 137a SGB V im Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung typische Fragestellungen bei der Einführung neuer Verfahren kritisch zu beobachten und den G-BA über festgestellte Auffälligkeiten mit Empfehlungen zur Überarbeitung des Verfahrens zu informieren. ³Insbesondere ist das Konzept der Auslösung unter besonderer Berücksichtigung der auszuschließenden Fachabteilungen zu prüfen.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)**a) Fallbezogen und sozialdatenbasiert****Indikatorenliste**

1	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
ID	602600
Beschreibung	Der Indikator erfasst Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Screening zur Risikoabschätzung mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
ID	602601
Beschreibung	Der Indikator erfasst Patientinnen und Patienten, bei denen vor Beginn der antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose entnommen worden sind; <u>für die. Bei Patientinnen und Patienten mit einem positiven Ergebnis, wird zusätzlich erfasst, ob</u> ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt.
Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
ID	602602
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	
ID	602608	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind.	
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung versterben	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
2	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	
ID	602609	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.	
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
3	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	
ID	602610	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.	
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
4	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	
ID	602611	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.	
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung	

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602612
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung, eine Morbidität des zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602613
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602614
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Einrichtungsbezogen**Indikatorenliste**

1	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen ~~Gefäßkatheter-assoziierten~~ <u>Gefäßkatheter-assoziierten</u> Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
ID	602604
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bestehend aus Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte und Schulungen.
Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern
Indikatortyp	Strukturqualität
2	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein <u>multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team</u>
ID	602605
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams.
Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team erfolgen
Indikatortyp	Strukturqualität
3	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
ID	602606
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte, für den im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt.
Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie sowie Nachsorge der Sepsis
Indikatortyp	Strukturqualität
4	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis

ID	602607
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben.
Qualitätsziel	~~Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb~~ <u>Jährliche Schulungen</u> des ~~Erfassungsjahres an einer Schulung~~ <u>medizinischen Personals</u> zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis ~~teilgenommen haben~~
Indikatortyp	Strukturqualität

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)**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)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID1	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	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁵	X			X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig ⁶	X			X	
14	entlassende Fachabteilung	X		X		
15	Geburtsjahr ⁷	X		X	X	
16	Geschlecht	X		X		
17	Quartal des Aufnahmetages ⁸	X		X		
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁹	X		X	X	
<u>19</u>	<u>Aufnahmegrund</u>	<u>X</u>				

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 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 „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
~~19~~ <u>0</u>	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X		
~~21~~ <u>0</u>	Wochentag 1 - 7 ¹¹	X		X		
~~22~~ <u>4</u>	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X	
~~23~~ <u>2</u>	Entlassungsgrund	X		X	<u>X</u>	
~~24~~ <u>4</u>	<u>nicht spezifizierter Entlassungsgrund</u>	<u>X</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	
~~23~~ <u>5</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Sepsisdiagnose am <u>Krankenhausstandort Krankenhaus</u> in Tagen ¹³		X	X	X	
~~24~~ <u>6</u>	Datum der Sepsisdiagnose am <u>Krankenhausstandort Krankenhaus</u> unbekannt		X	X	X	
~~25~~ <u>7</u>	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴	X	X	X		
~~26~~ <u>8</u>	Operationen- und Prozedurenschlüssel ¹⁵	X	X	X		

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

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

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

13 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

15 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
~~272~~ <u>9</u>	Anzahl der Beatmungsstunden	X		X		
~~283~~ <u>0</u>	Wurde am ~~Krankenhausstandort~~ Krankenhaus ein Screening zur Risikoabschätzung durchgeführt?		X	X	X	
~~293~~ <u>1</u>	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, bekannt?		X	X	X	
~~303~~ <u>2</u>	Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?		X	X	X	
<u>33</u>	<u>Wurde mit dem Instrument MEWS gescreent?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>34</u>	<u>Wurde mit dem Instrument NEWS gescreent?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
~~313~~ <u>5</u>	Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?		X	X	X	
~~323~~ <u>6</u>	Wurde mit einem anderen Instrument als —qSOFA, <u>MEWS, NEWS</u> oder NEWS2 gescreent?		X	X	X	
~~333~~ <u>7</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores in Tagen ¹⁶		X	X	<u>X</u>	
~~343~~ <u>8</u>	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt		X	X	X	
~~353~~ <u>9</u>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA		X		X	

16 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
~~364~~ <u>0</u>	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt		X		X	
<u>41</u>	<u>Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des MEWS-Scores in Tagen¹⁷</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>42</u>	<u>Datum der ersten Bestimmung des MEWS-Scores unbekannt</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>43</u>	<u>Score (Punktwert) des ersten MEWS</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	
<u>44</u>	<u>Score (Punktwert) des ersten MEWS unbekannt</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	
<u>45</u>	<u>Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des NEWS-Scores in Tagen¹⁸</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>46</u>	<u>Datum der ersten Bestimmung des NEWS-Scores unbekannt</u>		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>	
<u>47</u>	<u>Score (Punktwert) des ersten NEWS</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	
<u>48</u>	<u>Score (Punktwert) des ersten NEWS unbekannt</u>		<u>X</u>		<u>X</u>	
~~374~~ <u>9</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum		X	X	X	

¹⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des MEWS-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des NEWS-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
	der ersten Bestimmung des NEWS2-Score in Tagen ¹⁹					
~~38~~ <u>0</u>	Datum der ersten Bestimmung des ~~NEWS2~~ -Scores unbekannt		X	X	X	
~~39~~ <u>1</u>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2		X		X	
~~40~~ <u>2</u>	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt		X		~~X~~	
~~41~~ <u>3</u>	Erfolgte am ~~KrankenhausstandortKrankenhaus~~ die Bestimmung des SOFA?		X	X	X	
~~42~~ <u>4</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores in Tagen ²⁰		X	X	X	
~~43~~ <u>5</u>	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt		X	X	X	
~~44~~ <u>6</u>	Score (Punktwert) des ersten SOFA		X		~~X~~	
~~45~~ <u>7</u>	Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt		X		X	
~~46~~ <u>8</u>	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am ~~KrankenhausstandortKrankenhaus~~		X	X	X	

19 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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
	<u>nhaus</u> antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?					
<u>475</u> <u>9</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum <u>und</u> - <u>Uhrzeit</u> und Datum <u>und</u> <u>Uhrzeit</u> der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose in ~~Tagen~~ <u>Minuten</u> ²¹		X	X	X	
<u>486</u> <u>0</u>	Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt		X	X	X	
<u>496</u> <u>1</u>	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis, am ~~Krankenhausstandort~~ <u>Krankenhaus</u> abgenommen und mikrobiologisch analysiert?		X	X	X	
<u>506</u> <u>2</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum <u>und</u> - <u>Uhrzeit</u> und Datum <u>und</u> <u>Uhrzeit</u> der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers		X	X	X	

21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus“, „Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ und „Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ 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
	einer möglichen Sepsis in <u>Tagen/Minuten</u> ²²					
~~51~~	~~Abstand zwischen der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose und Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis in Minuten~~ ²³		X	X	X	
~~52~~ <u>3</u>	Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt		X	X	X	
~~53~~ <u>4</u>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme		X		X	
~~54~~ <u>5</u>	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus		X		X	

22 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

~~23 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“, „Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“, „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ 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
	aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt					
~~556~~ <u>6</u>	War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?		X	X	X	
~~566~~ <u>7</u>	Abstand zwischen Aufnahmedatum und ~~-~~ <u>Uhrzeit und Datum und Uhrzeit</u> der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme in <u>TagenMinuten</u> ²⁴		X	X		
~~57~~	~~Abstand zwischen Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und Übermittlung des ersten Ergebnisses in Minuten~~ ²⁵		X	X		
~~586~~ <u>8</u>	Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt		X	X	X	
~~596~~ <u>9</u>	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen		X	X		

24 In der Dokumentationssoftware werden über die Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus“, „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ Datenfelder „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

25 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“, „Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“, „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikation n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungs bezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	~~Krankenhausstandort~~ <u>Kranke</u> <u>nhaus</u> zuverlegt?					

b) Sozialdaten bei den 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-Informationen
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	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 Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und Anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Informationen
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	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)							

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

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

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

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.

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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und Anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X
17	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund		X	X		X
18	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
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgr und nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungs ende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X
20	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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
21	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	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
22	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrrelevante 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

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 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
24	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
25	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
26	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhauses	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung	X	X	X		
27	Beatmungstunden	301.Entlassungsanzeige.DAU.Beatmungstunden@beatmungstunden	X	X	X		X
§ 301 (AMBO)							
28	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁶	source(kh_ambo)@quelle				X	
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁷	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	

⁶ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁷ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.

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
30	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁸	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
31	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
32	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X			X
33	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

⁸ 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-Informationen
34	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
35	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
36	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
37	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁹	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X

⁹ 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 Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und Anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Informationen
38	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
39	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
40	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
41	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁰	source(295k)@quelle				X	
42	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹¹	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	

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

11 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
43	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹²	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
44	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			
47	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
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X

¹² 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 Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Informationen
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X			X
51	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
52	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X		
§ 39a (Hospiz)							
53	Angabe der Quelle des	Source(39a)@quelle				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-Informationen
	Datensatzes ¹³						
54	Aufnahmedatum / Leistungsbeginn Hospiz	39a.SLLA:O.ERS.Datum Beginn der Leistungserbringung@aufndatum	X	X			X
§ 295 (selektivvertraglich)							
55	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(295s)@quelle				X	
56	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
57	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
58	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			X

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

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

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

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

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
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
60	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung. IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	
61	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			X
62	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				

¹⁷ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.

¹⁸ 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 Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Informationen
63	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
64	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				
65	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
66	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
68	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X

c) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X
2	Datensatz-ID ¹	X		X
3	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	Dokumentationsabschlusdatum			X
9	Institutionskennzeichen	X		X
10	entlassender Standort <u>6-stellig³</u>	X		X
11	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Pflege von		X	

1 Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses verwendet.

2 Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses verwendet.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	nicht getunnelten ZVK teilnehmen soll			
12	Ist die Anzahl des Pflegefachpersonals dokumentiert, welches innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten ZVK gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?		X	X
13	Anzahl DIESES Pflegefachpersonals, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Pflege von nicht getunnelten ZVK gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat		X	X
14	Anzahl der Hygienefachkräfte gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser		X	X
15	Erfolgte im Erfassungsjahr eine Überprüfung der Pflege von nicht getunnelten ZVK im Rahmen von Audits gemäß Ausfüllhinweis, die durch Hygienefachkräfte durchgeführt wurden?		X	X
16	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im ersten Halbjahr des		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Erfassungsjahres durchgeführt wurden			
17	Anzahl der Audits gemäß Ausfüllhinweis zur Überprüfung der nicht getunnelten ZVK-Pflege, die im zweiten Halbjahr des Erfassungsjahres durchgeführt wurden		X	X
18	Gab es in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein Antibiotic-Stewardship-Team?		X	X
19	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
20	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
21	War die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Fachärztin oder Facharzt“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
22	War die Berufsgruppe „hygienebeauftragte Ärztin oder Arzt“ ODER „Krankenhaushygienikerin oder		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Krankenhausthygieniker“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?			
23	Waren weitere Berufsgruppen im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
24	War die Berufsgruppe „Apothekerin oder Apotheker mit Bereichsweiterbildung Infektiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
25	War die Berufsgruppe „Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige Apothekerin oder Apotheker“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
26	War die Berufsgruppe „Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ im Antibiotic-Stewardship-Team vertreten?		X	X
27	sonstige Berufsgruppe			X
28	Wurde das Antibiotic-Stewardship-Team standortübergreifend vorgehalten?		X	X
29	Anzahl der Betten des Standorts gemäß Angabe A-9 der Regelung zum		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Erfassungsjahr, an dem das Antibiotic-Stewardship-Team eingesetzt wird			
30	Summe der Betten der Standorte gemäß Angabe A-9 der Regelung zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser im Erfassungsjahr, an denen das Antibiotic-Stewardship-Team eingesetzt wird		X	X
31	Wie viele Vollkräfte waren am 31. Dezember des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie für die Antibiotic-Stewardship-Tätigkeit festgelegt?		X	X
32	Wie viele VK waren am 31. Dezember des Erfassungsjahres für die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie für die Antibiotic-Stewardship-Tätigkeit festgelegt?		X	X
33	Wie viele VK waren am 31. Dezember des Erfassungsjahres für die Antibiotic-Stewardship-fortgebildete klinisch tätige		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Fachärztin oder den Facharzt für die Antibiotic-Stewardship-Tätigkeit festgelegt?			
34	War in einer Geschäftsordnung geregelt, welche Berufsgruppen an dem Antibiotic-Stewardship-Team beteiligt werden müssen?		X	X
35	Galten im gesamten Erfassungsjahr am Krankenhausstandort eine oder mehrere interne Leitlinien gemäß Ausfüllhinweis, die die antiinfektive Therapie der Sepsis regeln?		X	X
36	War das Antibiotic-Stewardship-Team an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr federführend beteiligt?		X	X
37	Waren Anwenderinnen und Anwender an der Erstellung und/oder Aktualisierung der Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis im Erfassungsjahr beteiligt?		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
38	Enthielten die internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie der Sepsis Empfehlungen zu Therapiedauern?		X	X
39	Lagen im gesamten Erfassungsjahr alle internen Leitlinien-Empfehlungen zur antiinfektiven Therapie der Sepsis allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und/oder elektronisch) vor?		X	X
40	Wurden im Erfassungsjahr Antibiotic-Stewardship-Visiten gemäß Ausfüllhinweis bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt?		X	X
41	Wie viele DIESER Visiten gemäß Ausfüllhinweis wurden bei Sepsispatientinnen und -patienten durchgeführt? Eine Sepsispatientin oder ein Sepsispatient kann mehrfach visitiert und gezählt werden.		X	X
42	Wurden alle DIESE Visiten bei Sepsispatientinnen und -patienten in einem Visitenprotokoll dokumentiert?		X	X
43	Galt an ihrem Krankenhausstandort im		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	gesamten Erfassungsjahr eine einheitlich für alle Fachabteilungen gemäß Ausfüllhinweis geltende Arbeitsanweisung zur Versorgung der Sepsis bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (≥ 18 Jahren)?			
44	Lag die Arbeitsanweisung im gesamten Erfassungsjahr allen Anwenderinnen und Anwendern in schriftlicher Form (Papier und / oder elektronisch) vor?		X	X
45	War in der Arbeitsanweisung die Risikoeinschätzung für eine Sepsis bei Verdacht auf eine Infektion geregelt?		X	X
46	War in der Arbeitsanweisung die Anamneseerhebung bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
47	War in der Arbeitsanweisung die regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
48	War in der Arbeitsanweisung die Fokusedifizierung bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
49	Waren in der Arbeitsanweisung Konsil-Regelungen zu infektiologischen Konsilen sowie zu Konsilen derjenigen Fachrichtungen, welchen der Infektionsherd zugeordnet wird, bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis festgelegt?		X	X
50	Waren in der Arbeitsanweisung die zu bestimmenden Laborparameter bei Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X
51	War in der Arbeitsanweisung die Entnahme von mikrobiologischen Probematerialien vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis geregelt?		X	X
~~52~~	~~War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis in der Arbeitsanweisung festgelegt?~~		~~X~~	~~X~~
<u>52</u>	<u>War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie bei anhaltendem Verdacht auf Sepsis ohne Schocksymptomatik in der</u>		<u>X</u>	<u>X</u>

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<u>Arbeitsanweisung festgelegt?</u>			
~~53~~	~~Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie der Sepsis war in der Arbeitsanweisung festgelegt?~~		✗	✗
<u>53</u>	<u>Welcher zeitliche Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie war bei anhaltendem Verdacht auf Sepsis ohne Schocksymptomatik in der Arbeitsanweisung festgelegt?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>
<u>54</u>	<u>War ein zeitlicher Zielwert zur Einleitung der antiinfektiven Therapie bei einem septischen Schock in der Arbeitsanweisung festgelegt?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>
<u>55</u>	<u>Welcher zeitliche Zielwert war zur Einleitung der antiinfektiven Therapie bei einem septischen Schock in der Arbeitsanweisung festgelegt?</u>		<u>X</u>	<u>X</u>
~~54~~ <u>56</u>	War in der Arbeitsanweisung die Einleitung der initialen hämodynamischen Stabilisierung (Volumentherapie) bei Sepsis und Verdacht auf Sepsis geregelt?		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
~~55~~ <u>57</u>	War in der Arbeitsanweisung die Mitgabe eines Informationsblatts zur Sepsiserkrankung bei Entlassung geregelt?		X	X
~~56~~ <u>58</u>	Anzahl des ärztlichen Personals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll		X	
~~57~~ <u>59</u>	Anzahl des Pflegefachpersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll		X	
~~58~~ <u>60</u>	Anzahl des weiteren Pflegepersonals, welches gemäß Ausfüllhinweis an Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilnehmen soll		X	
~~59~~ <u>61</u>	Wurde die Anzahl des ärztl. sowie des Pflegefachpers. und des weiteren Pflegepersonals dokumentiert, das innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtung s- identifikati on	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen hat?			
~~60~~ <u>62</u>	Anzahl DIESER Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis gemäß Ausfüllhinweis teilgenommen haben		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 3 und 5 bis 15 sowie 20

Vom 16. Juli 2026

Stand: 08.04.2026 mit einer Ergänzung unter Ziff. 2.13 zur Anlage II QS Sepsis (Seite 27f.)

Legende:

Dissente Punkte sind **gelb** markiert.

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweis:

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

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	4
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	4
2.1	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE).....	4
	Zu § 2 Eckpunkte	4
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	4
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)	5
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE).....	6
2.2	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	6
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	6
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)	6
2.3	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK).....	6
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	6
	Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)	7
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)	8
2.4	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS).....	8
	Zu § 2 Eckpunkte	8

	Zu § 19 Übergangsregelung.....	9
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS).....	9
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS).....	9
2.5	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).....	9
	Zu § 2 Eckpunkte	9
	Zu § 19 Übergangsregelung.....	10
2.6	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	10
	Zu § 2 Eckpunkte	10
	Zu § 19 Übergangsregelung.....	10
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)	10
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC).....	10
2.7	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	11
	Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens.....	11
	Zu § 2 Eckpunkte	11
	Zu § 3 Begründung der Vollerhebung	12
	Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten	12
	Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen.....	13
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	13
	Zu § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie.....	14
	Zu § 14 Fachkommissionen	14
	Zu § 16 Datenlieferfristen.....	14
	Zu § 17 Fristen für Berichte	16
	Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung (neu):	16
	Zu § 19 Übergangsregelung (alt)	20
	Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP).....	20
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)	21
2.8	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	21
	Zu § 2 Eckpunkte	22
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK).....	22
2.9	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF).....	22
	Zu § 2 Eckpunkte	22
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF).....	22
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)	23
2.10	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	23
	Zu § 2 Eckpunkte	23
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	23
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS PM)	23
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM).....	23
2.11	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	25
	Zu § 2 Eckpunkte	25

	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	25
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HGV).....	25
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)	25
2.12	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	26
	Zu § 2 Eckpunkte	26
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	26
	Zu Anlage I: Kennzahlenliste (QS KEP).....	26
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)	26
2.13	Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)	27
	Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten	27
	Zu § 17 Fristen für Berichte	27
	Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)	27
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)	27
3.	Bürokratiekostenermittlung	28
4.	Verfahrensablauf	28
5.	Fazit.....	29
6.	Zusammenfassende Dokumentation	29

1. Rechtsgrundlage

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

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert.

2.1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 6:

DKG
Der Zeitpunkt, zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS CHE verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS CHE 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 und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden zum Erfassungsjahr 2027 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

DKG

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.

Für das Verfahren QS CHE wird die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösungen mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS CHE 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

GKV-SV

Zu QI ID 58000: Gallenwegskomplikationen innerhalb von 90d

Die Begründungen des IQTIG für die Verlängerung des Nachbeobachtungszeitraums vom 30 auf 90 Tage, die dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung vom 14. März 2025 zu entnehmen sind, sind fachlich nachvollziehbar.

Komplikationen wie etwa Gallengangverschlüsse treten gehäuft innerhalb der ersten 30 Tage auf, aber auch nach 30 Tagen bis zu einem Jahr treten diese und weitere Komplikationen in regelmäßigen Schwankungen auf. Die direkten operationsbedingten Gallenwegskomplikationen treten in der Regel innerhalb der ersten 2 bis 3 Wochen auf, Vernarbungen oder ischämisch bedingte Stenosen werden jedoch erst nach einigen Monaten präsent. Weiterhin zeigte sich, dass zwar ca. 21% der Wiederaufnahmen nach einer Cholezystektomie innerhalb der ersten 30 Tage ab OP-Datum erfolgen – werden jedoch 90 Tage im Follow-up betrachtet, steigt der Anteil auf rund 61%. Ein kumulativer Anteil an Wiederaufnahmen mit operationsbedingten Gallenwegskomplikationen von ca. 50% wird innerhalb von 75 Tagen erreicht.

Bei einer Erweiterung des Follow-up-Zeitraumes auf 90 Tage könnte die Validität der Messung insofern verbessert werden, da nun weitere qualitätsrelevante Ereignisse betrachtet werden können, die vorher nicht beobachtbar waren. Auch das Expertengremium auf Bundesebene hielt eine Erweiterung des Follow-up-Zeitraumes auf 90 Tage nach dem Indexeingriff für sinnvoll.

Quantitative Auswertungen des IQTIG zeigen damit, dass durch die Erweiterung des Follow-up-Zeitraums auf 90 Tage qualitätsrelevante Gallenwegskomplikationen umfassender

betrachtet werden können und die Validität der Messung in den Komplikationsindikatoren verbessert werden kann (ebd., Seite 116).

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS CHE 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

DKG

Absatz 2 wird gestrichen, da in dem Verfahren QS TX nur leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser erhoben werden und diese im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS TX 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2:

DKG

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.

DKG vom 02.04.2026

Für das Verfahren QS KCHK wird die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösungen mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS KCHK 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

GKV-SV	DKG
Die Empfehlung des IQTIG zur Streichung des QI 382000/372000 und zur Einführung des neuen QI 382700/372700 ist fachlich nachvollziehbar und wird unterstützt, da dies zu einer Straffung und Vereinheitlichung des KCHK-Indikatorensets führt. Durch die Zusammenlegung werden, bei reduziertem Aufwand durch Sozialdatenbasierung, Redundanzen vermieden ohne Informationsverlust zu generieren. Auch wird durch die Zusammenlegung dem Beschluss des G-BA vom 17.10.2024 über Freigabe und Umsetzung der Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung des IQTIG Rechnung getragen. Eine Publikation (Hirji et al. 2020) legt nahe, dass bei Aortenklappenverfahren vor allem Schlaganfall, Rehospitalisierungen und Mortalität durch das 30-Tage-Fenster unterschätzt werden. Technische Komplikationen (Schrittmacher, vaskuläre Ereignisse) scheinen durch 30 Tage gut abgedeckt. (Utility of 90-Day Mortality vs 30-Day Mortality as a Quality Metric for	Zu Buchstabe a Indikatorenliste Offene-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe: Keine Übernahme der Empfehlungen des IQTIG zur Streichung des QI 382000 und zur Einführung des neuen QI 382700. Es fehlt eine inhaltliche Begründung zur neu integrierten Berücksichtigung von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen. Der Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen wurde bisher nicht über einen Qualitätsindikator in diesem Modul untersucht. Zu Buchstabe b Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe: Keine Übernahme der Empfehlungen des IQTIG zur Streichung des QI 372000 und zur Einführung des neuen QI 372700. Es fehlt eine inhaltliche Begründung zur neu integrierten Berücksichtigung von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen. Der Follow-up-Zeitraum von 90 Tagen wurde bisher nicht über einen Qualitätsindikator in diesem Modul untersucht.

Transcatheter and Surgical Aortic Valve Replacement Outcomes - PubMed) Für ein vollständiges und vereinheitlichtes Komplikationsprofil erscheint ein 90-Tage-Intervall sinnvoll. Der 90 Tage-FU-Indikator (ID 382002) im Modul AK CHIR wurde aufgrund der geplanten Zusammenlegung in den 90-Tage-Komplikationsindikator abgeschafft (Abschlussbericht Weiterentwicklung DeQS Teil 2, Seite 77 und Seite 94). Das IQTIG hat für das Erfassungsjahr 2027 auch schon entsprechende OPS-Kodes ergänzt (Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen EJ 2027, Seite 17). Für das Modul AK CHIR würde die Ablehnung des Indikators "Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff" bedeuten, dass patientenrelevante Qualitätsmerkmale, das bisher im 90-Tage-FU-QI ID 382002 erfasst wurden, zukünftig entfallen könnten.	
--	--

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KCHK 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

DKG

Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS KAROTIS verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS KAROTIS 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. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 19 Übergangsregelung

Es erfolgt eine Streichung der Übergangsregelung, da diese nicht mehr erforderlich ist.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS KAROTIS 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KAROTIS 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)**Zu den Regelungen im Einzelnen:****Zu § 2 Eckpunkte**Zu Absatz 5:**DKG**

Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS CAP verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS CAP 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. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und eine vorübergehende Aussetzung von QS CAP beschlossen zwecks Umstellung des Verfahrens auf die Nutzung von Sozialdaten (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden voraussichtlich zum Erfassungsjahr 2028 in Kraft getreten (vgl. zu § 19 Übergangsregelung).

Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 19 Übergangsregelung

DKG

Die vom G-BA mit seinem Beschluss vom 17. Oktober 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>) avisierte Weiterentwicklung von QS CAP zu einem Verfahren, das nur auf Sozialdaten beruht, ist noch nicht abgeschlossen. Daher findet die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erhebung und Übermittlung von Daten auch für das Erfassungsjahr 2027 keine Anwendung.

2.6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

DKG

Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS MC verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS MC 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. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 19 Übergangsregelung

Es erfolgt eine Streichung der Übergangsregelung, da diese nicht mehr erforderlich ist.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS MC 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS MC 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

Zu Absatz 1:

Zu Satz 2:

Die mit dem Qualitätssicherungsverfahren Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) betrachteten Eingriffe werden in Satz 2 Buchstabe b um Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung, die bei gesetzlich versicherten Patientinnen ab 18 Jahren erbracht werden, erweitert.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Für die neu in QS GYN-OP betrachteten Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung wird in Satz 1 Buchstabe d ein weiterer qualitätsrelevanter Aspekt ergänzt. Dieser Qualitätsaspekt ergibt sich aus dem Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung zu Hysterektomien vom 15. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7037/>).

Zu Satz 3:

Für die neu in QS GYN-OP betrachteten Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung wird in Satz 3 Buchstabe d ein weiteres Ziel des Verfahrens ergänzt. Dieses Ziel ergibt sich aus dem Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung zu Hysterektomien vom 15. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7037/>).

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 2 (neu):

Der neue Satz 2 legt fest, dass die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bisher mit dem Verfahren QS GYN-OP betrachteten Operationen an den Eileitern und Eierstöcken weiterhin auf der Basis von Daten aus der Qualitätssicherungs-Dokumentation der Krankenhäuser erfolgt. Für diese Eingriffe ist weiterhin ein QS-Dokumentationsbogen auszufüllen.

Zu Satz 3 (neu):

Der neue Satz 3 legt fest, dass für die neu betrachteten Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung die Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Basis einer Patientenbefragung erfolgt. Für die vom Krankenhaus behandelten Patientinnen mit Hysterektomie bei einer benignen Erkrankung müssen die Versendeden für die Patientenbefragung an die Versendestelle übermittelt werden. Eine gesonderte Qualitätssicherungs-Dokumentation findet nicht statt.

Zu Absatz 5:

Zu Satz 3:

Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS GYN-OP verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS GYN-OP wurde im Zuge des Eckpunktebeschlusses des G-BA vom 21. April 2022 (<https://www.g->

[ba.de/beschluesse/5386/](https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/)) weiterentwickelt. Der G-BA hat den diesbezüglichen Abschlussbericht des IQTIG am 17. Juli 2025 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der weitgehenden Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/>). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden zum Erfassungsjahr 2027 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu Satz 4 (neu):

Die Betrachtung von Hysterektomien bei einer benignen Erkrankung mittels einer Patientenbefragung in QS GYN-OP startet zum 1. Januar 2027. Insofern kann bis zum 30. Juni 2026 hierfür keine Evaluation der Zielerreichung erfolgen. Stattdessen legt der neue Satz 4 fest, dass die Vorgaben für die in § 19 geregelte Erprobung der Patientenbefragung gelten.

Zu § 3 Begründung der Vollerhebung

Zu Absatz 2 (neu):

Im neuen Absatz 2 wird abweichend von Absatz 1 festgelegt, dass für die Patientenbefragung eine Stichprobe gezogen wird, da die in Absatz 1 genannten methodischen Gründe für eine Vollerhebung hier nicht zutreffen. Die Indikatoren der Patientenbefragung adressieren keine Themen, die nur sehr wenige Patientinnen betreffen.

Stichprobenumfang und Vorgehensweise bei der Stichprobenziehung werden gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 Buchstabe g vom Institut nach § 137a SGB V empfohlen. Den Empfehlungen im Abschlussbericht des IQTIG zur Entwicklung der Patientenbefragung zu Hysterektomien vom 15. Mai 2024 (<https://www.g-ba.de/beschluesse/7037/>) folgend wird ein nach Fallzahl der einzelnen Leistungserbringerin bzw. des einzelnen Leistungserbringers differenziertes Verfahren festgelegt und von der Versendestelle umgesetzt.

Auf Basis einer Poweranalyse (Berechnungen zum Verhältnis zwischen Fallzahl, Indikatorwert und Teststärke), wurde gezeigt, dass ca. 67 ausgefüllte, gültige Fragebögen pro Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer erforderlich sind, um statistisch signifikante Abweichungen vom Referenzbereich nachzuweisen (Bsp. gemessener Indikatorwert von 85 von 100 Punkten und Referenzwert von 95 von 100 Punkten, d. h. eine moderate Abweichung vom Referenzwert). Um diesen Rücklauf zu erzielen müssen ca. 200 Patientinnen angeschrieben werden. Daraus leitet sich ab, dass bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Fällen im Jahr eine Vollerhebung zu erfolgen hat, während bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit mehr als 200 Fällen im Jahr eine Stichprobenziehung genügt und aus Effizienzgründen auch vorzuziehen ist.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zu Absatz 1:

Satz 1 wird um Buchstabe b ergänzt, da mit der Einführung der Patientenbefragung auch Daten von Patientinnen verarbeitet werden.

Mit der Konkretisierung in Satz 2 wird klargestellt, dass in Anlage II die bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erhobenen für Zwecke der Qualitätssicherung erforderlichen Daten aufgelistet sind. Die normative Auflistung dieser Daten, zu deren Verarbeitung die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer befugt und verpflichtet sind, entspricht den Vorgaben in § 299 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Der neue Satz 3 regelt, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Durchführung von Patientenbefragungen nunmehr auch personenbezogene Versendedaten

der Patientinnen verarbeiten. Diese Versendedaten werden in Anlage II Buchstabe b aufgelistet.

Die Anlage II enthält keine Angaben zu den durch Patientenbefragungen bei den Patientinnen erhobenen Daten. Diese Befragungsdaten werden gemäß dem neuen Satz 4 in der vom Institut nach § 137a SGB V zu erstellenden und vom G-BA zu beschließenden Spezifikation nach § 5 Absatz 2 vorgegeben.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2:

Um die Patientenbefragung umsetzen zu können, sind technische Vorgaben und Softwarespezifikationen auch für die Erhebung und Übermittlung der erforderlichen Daten für Patientenbefragungen und für die softwaregestützte Auswahl der zu befragenden Patientinnen (Stichprobenziehung) aus der Grundgesamtheit der bei der Versendestelle eingegangenen Datensätze erforderlich und vom Institut nach § 137a SGB V zu entwickeln. Dies gilt ebenso für Vorgaben zu den Befragungsunterlagen selbst (z. B. Layout), die entscheidend u. a. für das automatische Einlesen von Fragebögen sind.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Zu Satz 1:

Satz 1 wird um Buchstabe b ergänzt, da mit der Einführung der Patientenbefragung auch Daten von Patientinnen als Grundlage für die Rückmeldeberichte und Auswertungen dienen.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

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

Zu Absatz 3:

Die Ergänzung in Satz 1 stellt klar, dass die Zwischenberichte Auswertungen basierend auf Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation enthalten.

Der neue Satz 2 regelt, dass in den Zwischenberichten auch ausgewiesen wird, wie viele Datensätze für die Patientenbefragung übermittelt wurden.

Der neue Satz 3 regelt, dass Befragungsdaten aus der Patientenbefragung als Datenquelle für den Zwischenbericht zum 30. September (Quartal 1 und 2) genutzt werden, damit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auch zu den Qualitätsindikatoren aus der Patientenbefragung unterjährige Rückmeldungen erhalten. Für die Daten aus der Patientenbefragung ist abzuwägen, zwischen dem Schutz der Anonymität der Befragung, der durch kleinere Fallzahlen und einen engeren zeitlichen Zusammenhang zwischen Behandlung, Befragung und potenzieller Rückmeldung von Ergebnissen in Zwischenberichten verringert würde, und dem Interesse der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement. Daher sind die Daten aus der Patientenbefragung zunächst nur halbjährig im Zwischenbericht zum 30. September enthalten. Im Verlauf der Erprobung erfolgt eine Prüfung, ob das Ausweisen der Daten aus der Patientenbefragung auch in den übrigen Zwischenberichten (Quartal 1 sowie Quartal 1 bis 3) vertretbar ist.

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

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2 (neu):

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

Zu § 14 Fachkommissionen

Zu Satz 2 (neu):

Durch den neuen Satz 2 soll sichergestellt werden, dass alle Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhäuser und Krankenkassen in den Fachkommissionen Fachkenntnisse in der operativen und konservativen Behandlung der Erkrankungen und Eingriffe haben, die mit dem Qualitätssicherungsverfahren adressiert werden, und somit über die nötige medizinische Fachkompetenz zur Beurteilung der Qualitätsindikatorergebnisse verfügen.

Zu Satz 4 (alt):

Es erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Mit dem Verweis auf Anlage II Buchstabe a wird eine Einschränkung der bisherigen Vorgaben auf die Daten der QS-Dokumentation vorgenommen, da für die Versendedaten – nun Anlage II Buchstabe b – andere Vorgaben für die Datenlieferfristen gelten.

Zu Absatz 2 (neu):

Die monatliche Datenlieferfrist für die Versendedaten nach Anlage II Buchstabe b ist methodisch begründet und impliziert, dass die Dokumentation und der Export der für die Patientenbefragung erforderlichen Daten von den vierteljährlichen Datenlieferungen der QS-Dokumentationsdaten im Verfahren QS GYN-OP abgekoppelt wird. Die Versendedaten dienen dazu, in der Versendestelle den Versand von Fragebögen an diejenigen Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, die im vergangenen Monat aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Im Abschlussbericht des IQTIG¹ werden die Ergebnisse der Fragebogenentwicklung dargestellt. Demnach wäre ein Erinnerungszeitraum von zwei bis zu zwölf Wochen für den entwickelten Fragebogen aus Sicht des IQTIG empfehlenswert, um belastbare Ergebnisse bzw. Antworten zu erhalten. Fehlende Erinnerungsleistung zeigte sich durch eine zunehmende Anzahl fehlender Antworten. Zudem bezieht sich die Befragung auf Informationen und Entscheidungsfindungsprozesse, die bereits vor dem Eingriff stattgefunden haben und zu denen qualitätsrelevante Details erfragt werden. Daher sind kurze Erinnerungszeiträume anzustreben. Eine monatliche Datenlieferung führt zu wesentlich kürzeren Erinnerungszeiträumen als beispielsweise eine quartalsweise Übermittlung, und zu weniger Heterogenität der Erinnerungszeiträume zwischen den Befragungsteilnehmern. Postlaufzeiten und Erinnerungsschreiben müssen hierbei miteingerechnet werden.

1 IQTIG (2024): Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Hysterektomie

Um den angestrebten kurzen Erinnerungszeitraum zu erreichen, muss der Fluss der Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu den Datenannahmestellen und weiter zur Versendestelle einschließlich der Datenprüfungen so schnell wie möglich erfolgen. Aufgrund der weitestgehend automatisierten Verarbeitung der Daten ist dies innerhalb von ein bis zwei Werktagen möglich. Es wird eine 7-tägige Korrekturfrist eingeräumt, um Fehlermeldungen, die als Ergebnis der Prüfungen der DAS und insbesondere der Versendestelle bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eingehen, auswerten und korrigierte Datensätze übermitteln zu können. Die kurze Korrekturfrist erscheint ausreichend, da der Versendedatensatz relativ klein ist, da Datenprüfungen bereits beim Datenexport durchgeführt werden und da die Datenprüfungen und Erstellung von Datenflussprotokollen bei allen Empfängern automatisiert in sehr kurzer Zeit erfolgen.

GKV-SV	DKG
Gemäß Krankenhaustransparenzgesetz müssen die Leistungserbringerkennzeichen der Krankenhäuser in den Datenflüssen der DeQS-RL nicht mehr pseudonymisiert werden. Daher entfällt diese Aufgabe der Datenannahmestellen. Für die Versendedaten, die von den Krankenhäusern über die DAS an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden, wird daher ebenfalls keine Leistungserbringerpseudonymisierung vorgenommen. Eine von den sonstigen QS-Daten (QS-Dokumentationsdaten der Krankenhäuser) abweichende Behandlung der Versendedaten in dieser Hinsicht ist nicht erforderlich. Die Pseudonymisierung der Krankenhausstandorte vor Eingang der Daten in der Versendestelle würde zwar verbergen, wo eine Patientin behandelt wurde. Allerdings sind 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.	Es erfolgt keine Änderung, da leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser bei Übermittlung an die Versendestelle zur Durchführung von Patientenbefragungen weiterhin pseudonymisiert werden. Wie zu den Änderungen in Teil 1 § 9 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 der Richtlinie erläutert, wird die Pseudonymisierung leistungserbringeridentifizierender Daten der Krankenhäuser durch die Datenannahmestellen 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 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 die 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 § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 2 (neu):

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass die Bundesauswertung und die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser nun neben den Auswertungen für die Indexeingriffe des Verfahrens QS GYN-OP auch die Ergebnisse der Patientenbefragung, bezogen auf die Indexeingriffe desselben Erfassungsjahres wie in der QS-Dokumentation, enthalten.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 1:

Die Streichung betrifft eine abgelaufene Frist.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 2:

Die Ergänzung ist analog zu Absatz 1 Satz 2, hier bezogen auf den Bundesqualitätsbericht.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung (neu):

Zu Absatz 1:

Die Versendestelle verarbeitet die von den Datenannahmestellen übermittelten Daten entsprechend dem etablierten Vorgehen gemäß § 7 und der Anlage zu Teil 1 § 4a Absatz 1 und 1a der Richtlinie. Das etablierte Vorgehen fußt darauf, dass sich die Versendedenaten aus zwei Teilen (Containern) zusammensetzen. Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Buchstabe a DeQS-RL – die für die Auswahl der zu Befragenden erforderlichen Daten entsprechend der Kennzeichnung in der Erforderlichkeitstabelle – werden nach Eingang in der Versendestelle unverzüglich entschlüsselt und auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft, und es wird ein Datenflussprotokoll versendet.

Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Buchstabe b DeQS-RL – die Adressdaten – werden gemäß Anlage zu Teil 1 § 4a Absatz 1a der Richtlinie erst nach der Stichprobenziehung (siehe § 19 Absatz 2) und nur bei den für die Patientenbefragung ausgewählten Datensätzen durch den räumlich-organisatorisch unabhängigen Bereich zum Zweck der weiteren Verarbeitung entschlüsselt, d.h. Druck der Befragungsunterlagen und Bereitstellung zum Versand durch die Versendestelle.

Zu Absatz 2:

Gemäß § 299 Absatz 4 SGB V wird festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten durch die zentrale Versendestelle erfolgt. Im Fall der Patientenbefragung in QS GYN-OP zu Hysterektomie empfiehlt das IQTIG eine Zufallsstichprobe zu ziehen.

Die monatliche Ziehung ist mit der Orientierung an der monatlichen Datenlieferfrist zu begründen. Analog zu der unverzüglichen Datenverarbeitung auf dem Weg zur Versendestelle müssen die Daten auch in der Versendestelle zügig verarbeitet werden (Datenannahme und -prüfung, nach Ende der Korrekturfrist unverzügliche Stichprobenziehung, Druck und Bereitstellung zum Versand), um zu gewährleisten, dass die Befragungsunterlagen die Patientin schnellstmöglich erreichen.

Die Stichprobenziehung wird durch den vom IQTIG bereitgestellten Algorithmus softwaregestützt durchgeführt. Wesentliche Änderungen am Algorithmus müssen, da sie Bestandteil der Spezifikation sind, vom G-BA beschlossen werden.

Mithilfe von wissenschaftlichen Fallzahlberechnungen empfiehlt das IQTIG einen jährlichen Stichprobenumfang von ca. 200 Patientinnen je Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer, um aussagekräftige Indikatorergebnisse berechnen zu können (siehe Abschlussbericht des IQTIG). Der monatliche Stichprobenumfang je Leistungserbringerin bzw. Leistungserbringer beläuft sich daher auf 17 Fälle, wobei monatliche Anpassungen entsprechend der tatsächlich übermittelten Anzahl der Versendedatensätze vorgenommen werden.

Für eventuelle Patientenbefragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung gemäß § 19 Absatz 8 Satz 7 können weitere Stichproben gezogen werden, z.B. um verschiedene Befragungszeitpunkte zu testen. Der notwendige Umfang zusätzlicher Stichproben kann erst mit Vorliegen von Datenlieferungen nach Beginn der Erprobung der Patientenbefragung abgeschätzt werden. Der G-BA trifft zur Festlegung des Umfangs zusätzlicher Stichproben nach dem ersten Erfassungsjahr weitere Regelungen.

Zu Satz 8:

Es handelt sich um einen Folgedissens aus Teil 1 § 11a Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie.

Zu Absatz 3:

Für die Patientenbefragung des Verfahrens QS GYN-OP zu Hysterektomie hat das IQTIG einen Fragebogen entwickelt, der für alle eingeschlossenen Patientinnen verwendet werden kann. Anhand der gelieferten Versendedaten erstellt die Versendestelle die Befragungsunterlagen (Fragebogen, Anschreiben mit Rücksendedatum 20 Tage nach Versand, Informationsblatt und Rückkuvert).

Um den Schutz der personenbezogenen Daten zu gewährleisten, werden die Befragungsunterlagen von der Versendestelle dem Postdienstleister in bereits verschlossenen Umschlägen übergeben, die zudem keinerlei Hinweise auf den Inhalt der Sendung enthalten. Der beiliegende Rücksendeumschlag ist bereits freigemacht, so dass der Befragten keine Kosten entstehen. Die Anonymität der Befragung wird dadurch gesichert, dass der Fragebogen keinerlei Hinweise auf die Identität der Befragten enthält, sondern mit einer zufälligen Fragebogen-ID gekennzeichnet wird, und dass der Rücksendeumschlag lediglich mit der Adresse der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) bedruckt ist.

Gemäß § 299 Absatz 4 Satz 3 SGB V ist es zudem Aufgabe der Versendestelle, auch die Befragungsunterlagen für Patientinnen, die ggf. im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung benötigt werden, zu erstellen und zu versenden.

Zu Absatz 4:

Um die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen zu erhöhen, wird gemäß den Empfehlungen des IQTIG ein gezieltes Erinnerungsverfahren etabliert. Hierbei übermittelt die Fragebogenannahmestelle beim IQTIG kontinuierlich werktäglich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle.

Die Versendestelle gleicht die IDs der eingegangenen Fragebögen mit den IDs der versendeten Fragebögen automatisiert ab und erstellt bei fehlendem Rücklauf Erinnerungsschreiben, ohne den Fragebogen erneut beizulegen. Ist nach Ablauf der Rücksendefrist weiterhin kein Fragebogen eingegangen, wird ein weiteres Erinnerungsschreiben, nun mit Fragebogen und Rücksendeumschlag, versendet.

Die Bezeichnung „werktäglich“ ist hierbei als montags bis freitags zu verstehen. Hiervon ausgenommen sind gesetzliche Feiertage am Sitz der Bundesauswertungsstelle. Wenn die Frist für den Versand von Erinnerungsschreiben auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt, gilt § 193 BGB entsprechend. In diesem Fall tritt an die Stelle eines solchen Tages der nächste Werktag.

Zu Absatz 5:

Aus den wissenschaftlich begründeten Empfehlungen des IQTIG zu Erinnerungszeiträumen und den damit zusammenhängenden Datenliefer- und -verarbeitungsfristen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Datenannahmestellen und Versendestelle und den individuellen Rücksendefristen für die Befragten ergibt sich ein Befragungszeitraum von insgesamt 3-12/13 Wochen nach dem Indexeingriff. Durch die von der Bundesauswertungsstelle empfohlene Ausschlussfrist von 12 Wochen nach Eingriffsdatum für eingehende Fragebögen (ca. fünf Wochen nach Erstversand des Fragebogens) wird die Validität und Vergleichbarkeit der Antworten durch in etwa homogene Erinnerungszeiträume gesichert.

Die genannten Rücksende- und Ausschlussfristen gelten nicht für Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung. Für Befragungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitungen können andere Rücksende- und Ausschlussfristen gewählt werden.

Zu Absatz 6:

Die Versendestelle übermittelt der Bundesauswertungsstelle quartalsweise die für die Auswertung benötigten Daten zu jeder Fragebogen-ID in der sogenannten Mapping-Tabelle. Diese umfasst neben der Zuordnung von Fragebogen-IDs zum Leistungserbringerpseudonym auch Informationen zu stornierten Fällen, die dazu dienen, die betreffenden Fragebögen aus der Auswertung auszuschließen. Auf Grundlage der Informationen der Mapping-Tabelle werden zudem die Rücklaufquoten berechnet.

Zu Absatz 7:

Die von der Versendestelle an die Bundesauswertungsstelle zu übermittelnden Informationen zu den Anzahlen der empfangenen Datensätze je Krankenhaus und Angaben zu den jeweils stornierten Datensätzen dienen zum einen zur Vollzähligkeitskontrolle im Sinne der Kontrolle der Dokumentationspflicht der Krankenhäuser, aber auch zur Angabe der Anzahlen der übermittelten Datensätze im Rahmen der quartalsweisen Rückmeldeberichte gemäß § 10 der themenspezifischen Bestimmung.

Zu Absatz 8:

Die Patientenbefragung wird über einen Zeitraum von 4 Jahren erprobt und wissenschaftlich vom IQTIG begleitet. D. h. die Erprobung endet mit Ablauf des Jahres 2030. Da der für Patientenbefragungen erforderliche Datenfluss zur Versendestelle bereits etabliert ist und auch die Mehrheit der Krankenhäuser sowie die LAGen im Verfahren QS PCI bereits Erfahrungen mit Befragungsergebnissen sammeln konnten, hat die Erprobung für die Befragung zu Hysterektomie in QS GYN-OP jedoch im Vergleich zu QS PCI einen anderen Fokus.

GKV-SV	DKG
Der Ablauf gemäß § 19 legt fest, dass bereits zu den Ergebnissen des ersten Erfassungsjahres Stellungnahmeverfahren und fachliche Dialoge von den LAGen durchgeführt werden. Auch Maßnahmen der Stufe 1 werden bereits festgelegt. Ziel ist u.a. die Evaluation der Indikatoren und die Funktionalität der Rückmeldeberichte und länderbezogenen Auswertungen, zudem können so frühzeitig Erkenntnisse über Ursachen und Handlungsansätze bei auffälligen Ergebnissen gewonnen werden. Um einen breiteren Eindruck von der Versorgungsqualität bei Hysterektomien und weitere Erkenntnisse über die Indikatoren zu sammeln, werden ausdrücklich auch fachliche Dialoge, d.h. der freiwillige Austausch der LAGen mit Krankenhäusern mit guten Ergebnissen, empfohlen. Eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse zu EJ 2027 ist jedoch nicht vorgesehen, da dies die ersten Befragungsergebnisse zu Hysterektomien in der gesetzlichen Qualitätssicherung sein werden und alle Verfahrensbeteiligten sich damit zunächst auseinandersetzen können sollten. Der Aufwand für die LAGen, Fachkommissionen und LE erscheint durch die geringe Anzahl der Indikatoren und die recht guten Ergebnisse des Standard-Pretests machbar. Gemäß Satz 6 sind bei der Durchführung von Stellungnahmeverfahren sowie der Empfehlung von Maßnahmen unter anderem folgende Besonderheiten der Ergebnisse aus Patientenbefragungen – analog zur Patientenbefragung PCI - zu beachten: Da die Ergebnisse der Patientenbefragung nicht auf die Einzelfallebene zurückzuführen sind, kann ein solches Stellungnahmeverfahren zu diesen Qualitätsindikatoren nicht auf konkrete Patientinnen und Patienten und deren Akten zurückgreifen. Das Ergebnis der Indikatoren der Patientenbefragung ist als	Die Datenerhebung für die Patientenbefragung und der Versand der Fragebögen im Qualitätssicherungsverfahren QS GYN-OP starten am 1. Januar 2027. Da die laufende Erprobung der Patientenbefragung im Qualitätssicherungsverfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ (QS PCI) gezeigt hat, dass grundlegende Anpassungen in der DeQS-RL notwendig sind, um die Ergebnisse aus Patientenbefragungen zielführend für die Qualitätssicherung nutzen zu können, findet für die Qualitätsindikatorergebnisse auf Basis der Patientenbefragung in QS GYN-OP aus dem Erfassungsjahr 2027 keine Bewertung der Auffälligkeiten und keine Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Teil 1 § 17 der Richtlinie statt. Die Qualitätsindikatorergebnisse werden nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht. Vielmehr werden die Ergebnisse zunächst genutzt, um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine Rückmeldung zu ihren Qualitätsindikatorergebnissen zur Verwendung im internen Qualitätsmanagement zu geben und um die Eigenschaften des Fragebogens anhand einer größeren Datengrundlage zu überprüfen. Weiterhin sollen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung Rückmeldungen von allen Beteiligten zu der Patientenbefragung eingeholt werden. Um dabei auch die Nutzbarkeit der Ergebnisse durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in den Blick nehmen zu können, können die Landesarbeitsgemeinschaften unter Beteiligung der Fachkommissionen Rückmeldungen von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, insbesondere solchen mit auffälligen Ergebnissen, einholen.

Aggregat mehrerer Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zu verstehen. Erst wenn die Mehrheit dieser Erfahrungen negativ ausfällt, wird auch das Ergebnis des Indikators schlecht ausfallen. Im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens können in diesen Fällen Gründe für anzunehmende strukturelle oder prozessuale Schwierigkeiten der jeweiligen Leistungserbringerin bzw. des jeweiligen Leistungserbringers eruiert werden. Dafür eignen sich u. a. die Einzelauswertungen der Items. Einzelfallanalysen sind jedoch nicht möglich und auch aus Gründen des Datenschutzes – siehe Teil 1 § 17 Absatz 6 DeQS-RL – nicht erlaubt. Gemäß Satz 4 können bereits während der Erprobung bei Vorliegen von Belegen über schwerwiegende einzelne Missstände Maßnahmen der Stufe 2 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 DeQS-RL von der LAG beschlossen werden. Dies ist insbesondere bei unzureichender Vollständigkeit der Datenlieferungen denkbar, sofern diese von der Leistungserbringerin oder vom Leistungserbringer zu verantworten ist.	
---	--

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V, die Erprobung der Patientenbefragungen begleitend wissenschaftlich zu evaluieren. Das bedeutet, dass das Institut begleitend zur Implementierung der Patientenbefragung zu geeigneten Zeitpunkten Informationen bei allen relevanten Beteiligten einholen muss (v.a. LAGen, Datenannahmestellen, Softwareanbieter, Versendestelle, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, Patientinnen). Es erstellt für den G-BA jeweils zum 15. Januar der Jahre 2028, 2029 einen Bericht zur formativen Evaluation. Der letzte Bericht im Einführungszeitraum zum 30. April 2030 soll ein Abschlussbericht i.S. einer summativen Evaluation sein. Die Berichte dienen als Grundlage für Entscheidungen des G-BA, erforderlichenfalls die Richtlinie und die Spezifikation zu ändern und z.B. Inhalte und Zeitschiene der Erprobung anzupassen. Näheres zur Evaluation der Erprobung der Patientenbefragung legt der G-BA in seiner Beauftragung fest.

Zu § 19 Übergangsregelung (alt)

Der Zeitraum, in dem die Übergangsregelung Anwendung fand, ist abgelaufen. Daher wird die Übergangsregelung gestrichen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS GYN-OP 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS GYN-OP 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

Zu Buchstabe b) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung:

Zu Datenfeld „Name des behandelnden Standortes“

GKV-SV	DKG
Analog zur fallbezogenen Dokumentation der Leistungserbringer für die Patientenbefragung QS ambulante Psychotherapie 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. 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. Nach Einschätzung des IQTIG bietet die ergänzende Information im Anschreiben der Patientenbefragungen den Befragten einen verbesserten Bezug zum konkreten Aufenthalt/zur konkreten Behandlung beim jeweiligen Leistungserbringer. Der Name der Einrichtung kann zudem aller Voraussicht nach mit einer automatischen Voreinstellung aufwandsarm und über alle Datensätze des Standorts gleich befüllt werden.	Das Datenfeld „Name des behandelnden Standortes“ 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; lediglich das Institutionskennzeichen ist standardisiert). Im Anschreiben an die Patientinnen wird die Art des Eingriffs und das Datum erwähnt. Anhand dieser Angaben ist es für Patientinnen möglich zu erkennen, auf welche Behandlung sich die Fragen beziehen. Patientinnen können zudem nur eine Hysterektomie erhalten, sodass kein Verwechslungspotenzial zwischen Behandlungen besteht.

2.8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte**Zu Absatz 4:**

DKG
Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS DEK verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS DEK 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. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS DEK 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Zu den Regelungen im Einzelnen:**Zu § 2 Eckpunkte****Zu Absatz 5:**

DKG
Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS HSMDEF verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS HSMDEF 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 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegeben (https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/). Am 15. August 2024 hat der G-BA einen ergänzenden Bericht des IQTIG zur Veröffentlichung freigegeben (https://www.g-ba.de/beschluesse/6781/). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS HSMDEF 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS HSMDEF 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 6:

DKG
Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS PM verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS PM 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 und das IQTIG mit der Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (https://www.g-ba.de/beschluesse/7364/). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung werden zum Erfassungsjahr 2027 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 3:

DKG
Absatz 3 wird gestrichen, da in dem Verfahren QS PM nur leistungserbringeridentifizierende Daten der Krankenhäuser erhoben werden und diese im Zuge der Einfügung des neuen Satz 12 in § 299 Absatz 1 SGB V durch das Krankenhaustransparenzgesetz nicht mehr zu pseudonymisieren sind.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS PM)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS PM 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PM 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

Zu Buchstabe b Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie:

Zum Datenfeld "Datum des ROP-Screenings":

GKV-SV	DKG
Das Datenfeld sollte aus folgenden Gründen nicht gestrichen werden. • Es wird für die Berechnung des Auffälligkeitskriteriums 852001 "Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums" gebraucht. Bei Streichung des Datenfelds müsste auch das Auffälligkeitskriterium gestrichen werden. Das Auffälligkeitskriterium erscheint jedoch absolut relevant, da viele Kliniken kein zeitgerechtes ROP-Screening durchführen. • Zudem ist die Umwandlung des Auffälligkeitskriteriums in einen QI geplant, wie das IQTIG bereits ankündigt (siehe Rückmeldetabelle des IQTIG vom 13.2.2026, Z. 121 und 122). Das IQTIG empfiehlt (bisher), das Datenfeld weiterzuführen, „da geplant ist nach der für die erste Jahreshälfte 2026 angekündigte Aktualisierung der S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ baldmöglichst das derzeitige AK „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums (852001)“ in einen QI umzuwandeln“. Eine Streichung des Datenfeldes zu den Spezifikationsempfehlungen EJ 2027 würde bedeuten, dass dieses Datenfeld dann bis zur Einführung des QIs ausgesetzt und erneut wieder eingesetzt werden würde, was an verschiedenen Stellen zu Aufwänden führte, beispielsweise bei den Softwareanbietern. Außerdem würde das oben benannte AK ausgesetzt, bevor es dann als QI wieder eingesetzt würde (ebd.). • Da das AK geeignet ist, strukturelle Probleme in der Neonatologie	In Anlage II Buchstabe b in der Tabelle „Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie“ wird das Datenfeld „Datum des ersten ROP-Screenings“ gestrichen, da es keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet und somit nicht erforderlich ist. In den zugehörigen prospektiven Rechenregeln wird das Auffälligkeitskriterium AK 852001 „Erstes ROP-Screening außerhalb des empfohlenen Zeitraums“, welches das korrekte Ausfüllen des Datenfelds „Datum des ersten ROP-Screenings“ überprüft, gestrichen. Da das Datenfeld keine Verwendung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen findet und daher gestrichen wird, ist keine Überprüfung des korrekten Ausfüllens erforderlich bzw. möglich.

aufzuzeigen (kein Augenarzt im angemessenen Zeitraum vorhanden) und der QI voraussichtlich zügiger eingeführt werden könnte, wenn das DF erhalten bliebe, sollte es nicht gestrichen werden.	
--	--

2.11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

DKG
Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS HGV verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS HGV 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. Oktober 2024 zur Veröffentlichung freigegeben und das IQTIG mit der weitgehenden Umsetzung seiner Empfehlungen beauftragt (https://www.g-ba.de/beschluesse/6871/). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2 (neu):

Für das Verfahren QS HGV wird die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösungen mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HGV)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS HGV 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS HGV 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 5:

DKG
Der Zeitpunkt zu dem der G-BA bewertet, inwiefern die mit dem Qualitätssicherungsverfahren QS KEP verfolgten Ziele erreicht wurden und ob das Verfahren zu verändern oder außer Kraft zu setzen ist, wird auf den 30. Juni 2030 verschoben. QS KEP 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 16. November 2023 zur Veröffentlichung freigegeben (https://www.g-ba.de/beschluesse/6287/). Am 15. August 2024 hat der G-BA einen ergänzenden Bericht des IQTIG zur Veröffentlichung freigegeben (https://www.g-ba.de/beschluesse/6781/). Die Änderungen aus der Weiterentwicklung sind zum Erfassungsjahr 2026 in Kraft getreten. Eine Betrachtung der Zielerreichung ist erst zielführend, wenn Erfahrungen basierend auf dem weiterentwickelten Verfahren vorliegen.

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 2 (neu):

Für das Verfahren QS KEP wird die BSNR bzw. die leistungserbringeridentifizierenden Daten der zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren für die Umsetzung eines M2Q-Kriteriums in der Risikoadjustierung, sowie für die technische Erforderlichkeit aufgrund der etablierten Datenstruktur mit den Krankenkassen benötigt. Darüber hinaus ist diese für Detailprozesse bei der Datenvalidierung zur detaillierten Konfliktlösungen mit einzelnen Krankenkassen notwendig.

Zu Anlage I: Kennzahlenliste (QS KEP)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS KEP 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KEP 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

2.13 Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zu Absatz 2:

DKG
Mit der Änderung wird der Zeitpunkt der Beschlussfassung der einrichtungsbezogenen Spezifikation durch den G-BA um mindestens sechs Monate, vom letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres, auf spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres vorgezogen. Die Spezifikationen zur fallbezogenen und zur einrichtungsbezogenen Dokumentation sollen zeitgleich beschlossen werden. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass alle Verfahrensbeteiligten rechtzeitig über Änderungen in den Anforderungen des Qualitätssicherungsverfahrens vor Inkrafttreten informiert werden. Die Softwareanbieter erhalten ausreichend Zeit um die Spezifikationsänderungen umzusetzen.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 3 (neu):

Mit der Einfügung des Satzes werden die Fristen der Zwischenberichte nach § 10 festgelegt. Die Fristen zur Bereitstellung der Zwischenberichte für die Datenannahmestellen entsprechen den Fristen der weiteren Verfahren der DeQS-RL mit Zwischenberichten.

Zu Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)

Die Änderungen in Anlage I zum Verfahren QS Sepsis 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 3, 5 bis 15 sowie 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen zu den Empfehlungen für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2027) verwiesen.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS Sepsis 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 EJ 2027. QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 und 20 nach DeQS-RL. Erläuterungen) verwiesen.

Die Änderungen in Buchstabe a in den Exportdatenfeldern Lfd. Nr. 59 (Erfassungsjahr 2026 Exportfeld Lfd. Nr. 47), Lfd. Nr. 62 (Erfassungsjahr 2026 Exportfeld Lfd. Nr. 50) und Lfd. Nr. 67 (Erfassungsjahr 2026 Exportfeld Lfd. Nr. 56) sowie die Streichung der Exportdatenfelder Lfd. Nr. 51 (Erfassungsjahr 2026) und Lfd. Nr. 57 (Erfassungsjahr 2026) begründen sich in der Stellungnahme des RKI vom 8. Oktober 2025 zu den weiteren Änderungen der DeQS-RL Teil 2 QS Sepsis zum Erfassungsjahr 2026 (Beschlussdatum 18. Dezember 2025). Das RKI führt in der Stellungnahme an, dass die Zeitabstände zwischen dem Aufnahmedatum und dem Datum des jeweiligen Prozessschrittes (Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion; Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des

Erregers; Datum der Übermittlung des „ersten“ Ergebnisses dieser Erstabnahme) nicht in Tagen, sondern in Minuten erfasst werden sollte. Durch die Aufnahme eines neuen administrativen Datenfeldes zur Aufnahmeuhrzeit, können die Abstände in den aufgeführten Exportdatenfeldern auf die Aufnahmeuhrzeit referenziert und somit minutengenau berechnet werden. Diese Zeitabstände fließen in die Berechnung des Indikators ID 602601 „Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie“ ein. Die Abstände, die vor Einführung des Datenfeldes zur Aufnahmeuhrzeit über die Exportdatenfelder Lfd. Nr. 51 (Erfassungsjahr 2026) und Lfd. Nr. 57 (Erfassungsjahr 2026) erhoben wurden, können nun über die geänderten Exportdatenfelder berechnet werden. Folglich können die Zeitabstände und insbesondere die zeitkritische Abfolge der Sepsisversorgung präziser erfasst werden, zwei Exportdatenfelder können eingespart werden sowie alle verbleibenden Exportdatenfelder zu den zeitlichen Abständen zur direkten Berechnung des Indikators verwendet werden.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

oder

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

4. Verfahrensablauf

Am 16. September 2025 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In acht Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
16. September 2025	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
10. März 2026	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
25. März 2026	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	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 zur DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zu den Änderungsvorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur DeQS-RL Teil 2 Verfahren 20: QS Sepsis Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 25. März 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am TT. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am TT. Monat JJJJ.

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

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

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

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

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 3. Juni 2026 durchgeführt (**Anlage 5**).

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

5. Fazit

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

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

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Entwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 3, 5 bis 15 und 20 sowie versandte Tragende Gründe

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

Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den T. Monat JJJJ

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#1617
(bitte immer angeben)

Dok.: 51941/2026

Anlage:

Bonn, 06.05.2026

**Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung: Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den
Verfahren 3, 5 bis 15 und 20**

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

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

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

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



Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

Der Präsident

Prof. Dr. Lars Schaade

Postfach 12 06 06

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5a und § 92 Abs. 7f SGB V zu Richtlinien des
Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden
Qualitätssicherung: Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027 in den Verfahren 3, 5
bis 15 und 20**

05.05.2026

Unser Zeichen:
99.01/0002#0001-0001

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme, wir sehen momentan keine
Notwendigkeit für eine Stellungnahme.

L. Schaade

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

Berichterstattung/
Bearbeitung von:

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

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

