

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2018

Vom 15. Juni 2017

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung	5
4.	Verfahrensablauf	5
5.	Fazit	6
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	6

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung - Qesü-RL) legt in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung fest und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren erforderlich sind. In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Gegenstand der vorliegenden Änderungen sind Anpassungen in Teil 1 § 15 und Teil 2 § 16 zu Verfahren 1 und 2 der Richtlinie, die der Klarstellung im Zusammenhang der Erstellung und Übermittlung der Sollstatistik dienen. In Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen der Qesü-RL zu Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie § 10 wurde darüber hinaus die standortbezogene Auswertung belegärztlicher Leistungen mittels Nebenbetriebsstättennummer geregelt und in Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) erfolgte in § 4 eine Anpassung der Löschrfrist des Patientenpseudonyms, um den Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen nicht zu gefährden. Die Änderungen in der jeweiligen Anlage 2 zu den Verfahren 1 und 2 beruhen auf Empfehlungen zur Spezifikation des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137a SGB V.

Zu Teil 1: Rahmenbestimmungen

§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten

Zu Absatz 2

Zu Satz 1:

Die derzeit in der Qesü-RL geregelten QS-Verfahren erfordern die Verarbeitung (pseudonymisierter) personenbezogener Patientendaten. Nach Maßgabe des § 299 SGB V kann der G-BA in seinen Richtlinien Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer zur Erhebung und Verarbeitung von personenbezogener Daten von Patienten zu Zwecken der Qualitätssicherung nur für gesetzlich Versicherte berechtigen und verpflichten. Vor diesem Hintergrund wurde die Verpflichtung der zur Erhebung von Datensätzen für „am QS-Verfahren beteiligten Privatpatientinnen und Privatpatienten“ gestrichen.

Zu Satz 2:

Durch den eingefügten Hinweis auf die Spezifikation wird deutlich gemacht, dass hier nicht nur das Format für die Datenübermittlung festgelegt wird ("Mustervorlagen zur Sollstatistik"), sondern hier auch die Regeln spezifiziert werden, welche Fälle als „zu dokumentierende Fälle“ (Soll) gemäß den Vorgaben der Richtlinie gelten.

Zu Satz 3:

Mit dem zusätzlichen Satz 3 wurden die Regelungen hinsichtlich der Erstellung und Übermittlung der Sollstatistik an die DAS um den vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich ergänzt.

Zu Absatz 3

Da die Erstellung einer Konformitätserklärung den vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich nicht betrifft, wurde hier der Bezug auf Absatz 2 Satz 1 ergänzt. Zudem wurde eine Transparenzpflicht der Datenannahmestelle gegenüber der Bundesauswertungsstelle hinsichtlich des Vorliegens der Konformitätserklärungen eingeführt.

Zu Absatz 4

Da die Sollstatistik im vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich von den KVen bzw. KZVen erstellt wird, sollen diese ihre Leistungserbringer jeweils über das für sie an die Bundesauswertungsstelle übermittelte Soll informieren.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass die Datenannahmestellen die Aufstellungen der je Leistungserbringer dokumentationspflichtigen Datensätze (Sollzahlen) an die Bundesauswertungsstelle übermitteln. Die Bundesauswertungsstelle benötigt diese Informationen, um für die jährlichen Auswertungen sowie für den Bundesqualitätsbericht nach §20 leistungsbereichsbezogen die Vollzähligkeit der Teilnahme von Einrichtungen mit dokumentationspflichtigen Leistungen sowie die Vollzähligkeit der ausgewerteten Datensätze ermitteln und darstellen zu können. Diese Informationen sind erforderlich, um die Aussagekraft der ausgewerteten Ergebnisse beurteilen zu können.

Durch den Hinweis auf die Spezifikation und das bundeseinheitliche Format wird deutlich gemacht, dass sowohl das Format für die Datenübermittlung festgelegt ist (Mustervorlagen) als auch die zugrundeliegenden Regeln spezifiziert sind, welche Fälle als „zu dokumentierende Fälle“ (Soll) gemäß den Vorgaben der Richtlinie gelten.

Der Zeitpunkt der Übermittlung wird in Teil 2 der Richtlinie geregelt.

Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren

§ 3

Zu Absatz 2

Das Institut nach § 137a (IQTIG) hat ein Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung entwickelt. Dies wird im Rahmen der Spezifikation in Form von Software, Benutzerdokumentation und Datenflussspezifikation bereitgestellt. Das Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung dient der Sicherstellung, dass in allen Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 der Richtlinie aus gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten dieselben LE-Pseudonyme erstellt werden. Die Datenannahmestellen (DAS) nach § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV), Satz 3 (LQS/LKG) und Satz 5 bzw. Satz 7 (LAG) nutzen die vom IQTIG bereitgestellte Software zur Erzeugung eines Schlüsselpaares (privater/öffentlicher Schlüssel). Mit Hilfe des öffentlichen Schlüssels werden die leistungserbringeridentifizierenden Daten (IKNR/BSNR) pseudonymisiert. Mit Hilfe des privaten Schlüssels, den nur die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3 und Satz 5 bzw. Satz 7 haben, können die LE-Pseudonyme wieder entschlüsselt werden. Die DAS nach § 9 Absatz 1 Satz 8 (Vertrauensstelle) und § 9 Absatz 1 Satz 9 (DAS-KK) müssen den öffentlichen Schlüssel bei den DAS nach § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3 und Satz 5 bzw. Satz 7 anfordern, mit dem die Vertrauensstelle und DAS-KK aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten eigenständig die entsprechenden selben LE-Pseudonyme erzeugen können. Die Bezeichnung „öffentliche Schlüssel“ rührt vom eingesetzten technischen Verfahren der asymmetrischen Verschlüsselung her, bedeutet aber nicht, dass diese Schlüssel für alle zugänglich sind. Die öffentlichen Schlüssel dürfen sich ausschließlich im Besitz aller DAS nach § 9 Absatz 1 befinden und dürfen der

Bundesauswertungsstelle nicht bekannt sein. Die Anpassung des Richtlinien textes ist notwendig, da das Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung noch nicht entwickelt war.

Zu Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2 Buchstabe h

Da zum einen noch keine Definition von Krankenhausstandorten vorhanden ist und zum anderen die vertragsärztlich tätigen Belegärzte in ihrer QS-Dokumentation auch nur Betriebsstättennummern angeben, musste die Auswertungsebene dementsprechend angepasst werden. Sie bezieht sich für die Differenzierung der belegärztlichen Leistungen jetzt auf Belegkrankenhäuser bzw. -abteilungen anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR). Da die Angabe der NBSNR sowohl in den Exportdatenfeldern wie in der Spezifikation ebenfalls noch für das Erfassungsjahr 2018 ergänzt werden muss, ist eine Auswertung erst ab dem Erfassungsjahr 2018 möglich.

§ 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1

Die Ergänzung unter Absatz 1 stellt sicher, dass alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 5 bzw. Satz 7 und Satz 8 der Richtlinie eine Aufstellung der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr mit den Zahlen für alle Leistungserbringer ihres Zuständigkeitsbereiches an die Bundesauswertungsstelle leiten. Diese Aufstellung wird im Unterschied zum beschriebenen Datenfluss der QS-Daten nicht über die Vertrauensstelle geleitet. Diese Regelung umfasst auch die Zahlen der vertragsärztlichen Leistungen, bei denen die Aufstellung nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 3 der Richtlinie durch die KV/KZV und nicht durch den Leistungserbringer erfolgt.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2018 des IQTIG (**Anlage 1**) aufgeführt.

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 1

Das Patientenpseudonym muss aus Datenschutzgründen nach 36 Monaten beim IQTIG aus den QS-Datensätzen gelöscht werden. Beim QS-Verfahren QS WI entsteht jedoch durch die Zusammenführung von fallbezogener QS-Dokumentation mit den Sozialdaten von den Krankenkassen bei Fällen mit einem 1-Jahres Follow-up Zeitraum das Problem, dass das Patientenpseudonym für einen Teil der Datensätze bereits vor dem Abschluss der Erstellung von Rückmeldeberichten sowie länderbezogenen Auswertungen gelöscht werden müsste. Sollten in dem Zeitraum zwischen der Löschung des Pseudonyms und der finalen Erstellung der Auswertungen und Berichte Unklarheiten oder Fragestellungen betreffend die

Verknüpfung der Daten auftreten, wäre eine Fehlersuche und erneute Verknüpfung der Datensätze unmöglich. Aus diesem Grund wurde die Formulierung im Richtlinienentwurf an die Formulierung in Verfahren 1 (QS PCI) angeglichen, so dass die Löschung der Patientenpseudonyme immer erst nach der Erstellung der Auswertungen und Berichte durchgeführt wird.

§ 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1

Die Ergänzung unter Absatz 1 stellt sicher, dass alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 5 bzw. Satz 7 und Satz 8 der Richtlinie eine Aufstellung der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr mit den Zahlen für alle Leistungserbringer ihres Zuständigkeitsbereiches an die Bundesauswertungsstelle leiten. Diese Aufstellung wird im Unterschied zum beschriebenen Datenfluss der QS-Daten nicht über die Vertrauensstelle geleitet. Diese Regelung umfasst auch die Zahlen der vertragsärztlichen Leistungen, bei denen die Aufstellung nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 3 der Richtlinie durch die KV/KZV und nicht durch den Leistungserbringer erfolgt.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2018 des IQTIG (**Anlage 1**) aufgeführt.

3. Bürokratiekostenermittlung

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 geschätzt 391.585 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 375.157 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 2**.

Teil 1 § 24 Qesü-RL sieht eine Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vor, ihre Patientinnen und Patienten etwa anhand von Merkblättern in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des sie betreffenden Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. Für das Verfahren QS WI hat der G-BA mit Beschluss vom 20. April 2017 hierfür ein entsprechendes Patientenmerkblatt bereitgestellt. Um den Aufwand für die Leistungserbringer aufgrund der hohen Anzahl der zu informierenden Patienten überschaubar zu halten, hat der G-BA zudem einen Textbaustein zur Verfügung gestellt, welcher von den Leistungserbringern an geeigneter Stelle, etwa in den Behandlungsvertrag, integriert werden kann. Im Zuge der entsprechenden Ergänzung der Behandlungsverträge entsteht den betroffenen rund 1.300 Krankenhäusern und 5.280 vertragsärztlichen Einrichtungen ein relativ geringfügiger einmaliger Umstellungsaufwand.

4. Verfahrensablauf

Am 25. November 2016 begann die AG Qesü-RL mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 4 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende **Tabelle**)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
25. November 2016	AG-Sitzung	Beginn der Beratung

7. Februar 2017	AG-Sitzung	Abschließende Beratung
1. März 2017	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
3. Mai 2017	Unterausschuss QS	Auswertung der Stellungnahme
15. Juni 2017	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. März 2017 wurde das Stellungnahmeverfahren am 2. März 2017 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 3. April 2017.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit fristgerecht zum 31. März 2017 eingegangenem Schreiben (**Anlage 4**) mitgeteilt, keine Stellungnahme abzugeben.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **15. Juni 2017** beschlossen, die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V 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: Empfehlungen zur Spezifikation 2018 - Erläuterungen zu QS-Verfahren nach Qesü-RL (Stand: 4. April 2017)

Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nebst versandten Tragenden Gründen

Anlage 4: Schreiben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 31. März 2017

Berlin, den 15. Juni 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zur Spezifikation 2018

Erläuterungen zu
QS-Verfahren nach Qesü-RL

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 4. April 2017

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation 2018. Erläuterungen zu QS-Verfahren nach Qesü-RL

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

9. Januar 2017, korrigierte Fassung vom 4. April 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<http://www.iqtig.org>

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Modulübergreifende Empfehlungen	7
2.1 Datenfelder mit Mehrfachnennung.....	7
2.2 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung.....	9
2.3 Redaktionelle Änderungen	10
3 Modulspezifische Empfehlungen	11
3.1 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	11
3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)	11
3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI).....	14
3.2 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen	15
3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)	15
3.2.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR)	16
3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach Qesü-RL.....	5
Tabelle 2: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2018.....	6
Tabelle 3: Listenfelder und Ja-Leer-Felder zur Ermöglichung von Mehrfachnennungen am Beispiel 21/3.....	7

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bzw. zur Datenerhebung bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Weiterhin beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik).

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die *Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)*. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2018 empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach Qesü-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul eines QS-Verfahrens (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellen erstellt. Diese stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach Qesü-RL

QS-Verfahren	Module
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) ▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR) ▪ Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI) ▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)

QS WI = QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

QS PCI = QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Releaseplanung

Die Basisspezifikation bezieht sich auf den Regelungsbereich der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer. Für eine Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 SGB V wird eine eigenständige Spezifikation veröffentlicht. Ab dem Erfassungsjahr 2017 wird weiterhin eine Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zur Verfügung gestellt.

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die Basisspezifikation für das Erfassungsjahr 2018 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

Tabelle 2: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2018

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2018 V01	Juni 2017	finale Version
2018 V02	September 2017	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2018 V03	November 2017	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Aktualisierung von EBM-Kodes, Fehlerkorrekturen)
2018 V04	bei Bedarf	Patches

In Anlehnung an diese Releaseplanung werden Veröffentlichungstermine im Juni 2017 sowie im November 2017 für die Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Die Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird erstmals im Jahr 2017 für das Erfassungsjahr 2017 veröffentlicht.

2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2018 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.

2.1 Datenfelder mit Mehrfachnennung

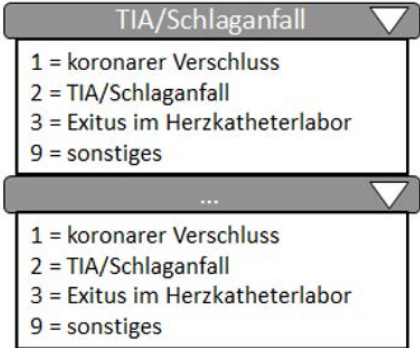

In einigen Datenfeldern der QS-Dokumentation ist es wichtig, eine Mehrfachnennung zu ermöglichen. Dies kann auf unterschiedliche Weise in der Spezifikation abgebildet werden. Tabelle 3 zeigt die Umsetzung über sogenannte Listenfelder im Vergleich zur Abbildung über separate Ja-Leer-Felder am Beispiel des ehemaligen Moduls 21/3.

Hierbei werden die unterschiedlichen Umsetzungsmöglichkeiten in Bezug auf folgende Aspekte beschrieben:

- Abbildung in der Spezifikation
- Umsetzung von Muss- und Kann-Vorgaben
- Möglichkeiten zur Kodierung von Schlüsselwerten
- Umsetzung von Plausibilitätsregeln
- mögliche Umsetzung in der Benutzeroberfläche der QS-Software

Tabelle 3: Listenfelder und Ja-Leer-Felder zur Ermöglichung von Mehrfachnennungen am Beispiel 21/3

	Listenfeld	Ja-Leer-Felder		
Abbildung in der Spezifikation	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 49 intraprozedural auftretende Ereignisse </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-top: 5px;"> 0 = nein 1 = ja </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 53 intraprozedural auftretende Ereignisse </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-top: 5px;"> 0 = nein 1 = ja </div> </div>		
	<i>wenn Feld 49 = 1</i>		<i>wenn Feld 53 = 1</i>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 50> intraprozedurale Ereignisse </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 9 = sonstiges </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 54> koronarer Verschluss </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-top: 5px;">1 = ja</div> </div>		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 55> TIA/Schlaganfall </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-top: 5px;">1 = ja</div> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 56> Exitus im Herzkatheterlabor </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-top: 5px;">1 = ja</div> </div>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 57> sonstige </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/></div> <div style="margin-top: 5px;">1 = ja</div> </div>		

	Listenfeld	Ja-Leer-Felder
Muss/Kann	Handelt es sich um ein Pflichtfeld, so ist nur das erste Element verpflichtend zu dokumentieren.	Über eine Plausibilitätsregel kann sichergestellt werden, dass mindestens eines oder genau eines der Felder dokumentiert werden muss.
Schlüsselwerte	Ein Schlüsselwert kann auch doppelt kodiert werden, z. B. kann zweimal „koronarer Herzverschluss“ angegeben werden.	Ein Feld kann nur einmal mit „ja“ beantwortet werden.
Plausibilitätsregeln	Teildatensatzvergleichende Plausibilitätsregeln, z. B. zur Prüfung, ob mindestens auf einem Prozedurbogen „Exitus im Herzkatheterlabor“ angegeben wurde, sind nach aktueller Spezifikation technisch nicht möglich.	Teildatensatzvergleichende Plausibilitätsregeln, z. B. zur Prüfung, ob mindestens auf einem Prozedurbogen „Exitus im Herzkatheterlabor“ mit „ja“ beantwortet wurde, sind möglich.
Mögliche Umsetzung in der Benutzeroberfläche	 <p>In der Benutzeroberfläche der QS-Software wird die Antwort beispielsweise aus einer Liste, die in Form im Sinne eines Dropdown-Menüs erscheint, ausgewählt. Die Auswahl ist bei Mehrfachnennung zu wiederholen.</p>	 <p>In der Benutzeroberfläche der QS-Software erhält jede Antwortmöglichkeit ihr eigenes Steuerelement, zum Beispiel in Form einer Checkbox.</p>

Die Abbildung von Datenfeldern mit Mehrfachnennung über separate Ja-Leer-Felder bietet neben verschiedenen technischen Vorteilen eine erhöhte Benutzerfreundlichkeit in der QS-Software und ermöglicht die Umsetzung von teildatensatzübergreifenden Plausibilitätsregeln. In der Spezifikation 2018 sollen daher anstelle von Listenfeldern separate Ja-Leer-Felder umgesetzt werden. Einzige Ausnahme sind Listenfelder mit langen Schlüsselkatalogen wie z. B. ICD- oder OPS-Kodes, die als Listenfelder erhalten bleiben sollen.

Die Zusammengehörigkeit separater Felder wird durch eine spezifische Nummerierung angezeigt. Beispielsweise würden die Datenfelder im Dokumentationsbogen zu intraprozeduralen Ereignissen wie folgt nummeriert:

- 54.1 koronarer Verschluss
- 54.2 TIA/Schlaganfall
- 54.3 Exitus im Herzkatheterlabor
- 54.4 sonstige

2.2 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung

Die Identifizierung der Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird in der Spezifikation mithilfe des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ durchgeführt. Das hierbei verwendete Selektionskriterium galt bisher als erfüllt, wenn das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte mit der Zeichenkette 10 beginnt.

Das verwendete Selektionskriterium ist auch für die Personengruppe der asylsuchenden Menschen erfüllt, sodass diese Personengruppe bislang in alle datengestützten Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) einbezogen wurde.

Bei den QS-Maßnahmen, die auf in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patienten beschränkt sind, sollen asylsuchende Menschen jedoch nicht berücksichtigt werden, solange die medizinische Versorgung auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes erfolgt. Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen ist daher bei den QS-Maßnahmen nach Qesü-RL, die mit pseudonymisierten und damit personenbezogenen Patientendaten durchzuführen sind, auszuschließen.

Für das Erfassungsjahr 2018 soll eine Anpassung der Spezifikation erfolgen, sodass verschiedene Personengruppen identifiziert und in QS-Verfahren ein- oder ausgeschlossen werden können.

Der Ausschluss der Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird über die Einführung der folgenden Datenfelder gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V bzw. gemäß der Datensatzbeschreibung KVDT (Kassenärztliche Vereinigung-Datentransfer) ermöglicht:

▪ **Versichertenart**

Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird mit der Versichertenart „1 = Mitglied“, „3 = Familienversicherter“ oder „5 = Rentner und deren Familienangehörige“ kodiert.

▪ **Besonderer Personenkreis bzw. besondere Personengruppe**

Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird mit dem besonderen Personenkreis „9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte“ kodiert.

Vorbehaltlich einer weiteren Prüfung durch den G-BA können mithilfe dieser Datenfelder weitere Personengruppen ein- oder ausgeschlossen werden.

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird in den Modulen PCI und NWIF als Ausschlusskriterium in den QS-Filter aufgenommen. Zur Überprüfung der korrekten Auslösung innerhalb der QS-Dokumentation werden die Datenfelder ebenfalls in die Datenfeldbeschreibung aufgenommen.

2.3 Redaktionelle Änderungen

Es werden modulübergreifende Änderungen vorgenommen, die redaktioneller Art sind und keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erhebenden Daten haben. Hierbei handelt es sich um Änderungen, die beispielsweise eine Harmonisierung betreffen oder eine verständlichere Dokumentation gewährleisten. Im Einzelnen werden alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen um ein Jahr erhöht. ICD- und OPS-Kodes werden aktualisiert. Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen und Datenfeldbezeichnungen optimiert.

3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2018, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Die Änderungen der fallbezogenen QS-Dokumentation werden nach den Komponenten „QS-Filter“, „QS-Dokumentation“ und „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ differenziert. Weiterhin werden Empfehlungen zu Exportmodulen aufgeführt. Änderungen bei der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen oder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden in separaten Abschnitten beschrieben.

3.1 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Im Folgenden werden Änderungsempfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen beschrieben und erläutert.

3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)

QS-Filter:

Im Modul PCI sind Perkutane Koronarinterventionen und Koronarangiographien bei Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium in den QS-Filter aufgenommen (Abschnitt 2.2).

QS-Dokumentation:

Neue Datenfelder zum Versichertenstatus

Zur Überprüfung des Ausschlusses der „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ werden entsprechende Datenfelder zum Versichertenstatus eingeführt (Abschnitt 2.2). Mithilfe dieser Datenfelder wird der Export der zulässigen Angaben zusätzlich geprüft.

Die Information, ob der Versichertenstatus den Ausschlusskriterien nicht entspricht, wird über das neue Exportfeld „GKV-Versichertenstatus“ erhoben. „Versichertenart“ und „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

Neues Datenfeld „behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)“

Da die Zuordnung zum entlassenden Standort in einigen Fällen bereits zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, weist das IQTIG auf die Dringlichkeit einer Regelung hin. Eine solche Regelung muss definieren, nach welchen Kriterien die Auswertungen einer bestimmten Standortangabe zuzuordnen sind. Die zu dokumentierenden Standortangaben sollen differenziert nach QS-Verfahren festgelegt werden.

Im Modul PCI soll hierfür ab dem Erfassungsjahr 2018 neben dem entlassenden Standort auch der behandelnde Standort erhoben werden. Der behandelnde Standort entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei Verbringungsleistungen ist der „verbringende Standort“ anzugeben.

Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Fachabteilung“

Da dieses Datenfeld nur bei stationären Leistungen am Krankenhaus zu dokumentieren ist, wird der Absatz zu ambulanten Operationen im Ausfüllhinweis gestrichen.

Datenfeld „Nebenbetriebsstättennummer“

Ein Vertragsarzt erhält gemäß Teil 2 § 10 Abs. 2 Qesü-RL für seine belegärztlichen Tätigkeiten zusätzliche, nach Krankenhausstandorten differenzierte Auswertungen. Um dies zu gewährleisten, soll die Angabe der Nebenbetriebsstättennummer herangezogen werden. Das Datenfeld „Nebenbetriebsstättennummer“ soll daher ab dem Erfassungsjahr 2018 immer dokumentiert werden, wenn die Leistung durch einen Vertragsarzt belegärztlich im Krankenhaus erbracht wurde. Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Status des Leistungserbringers“ wird entsprechend angepasst.

Das entsprechende Exportfeld wird in pseudonymisierter Form bis zur Bundesauswertungsstelle übermittelt.

Datenfelder zur laufenden Nummer einer Prozedur

Die Datenfeldbezeichnungen und die Ausfüllhinweise der Datenfelder zur Angabe der laufenden Nummer werden konkretisiert, sodass sich diese nicht nur auf die Dokumentation mehrerer Prozeduren während eines Aufenthaltes (bei stationär durchgeführten Prozeduren), sondern auch auf die Dokumentation mehrerer Prozeduren innerhalb eines Behandlungsfalls (bei ambulant durchgeführten Prozeduren) beziehen. Der Bezug zum Behandlungstag bei ambulanten Prozeduren wird durch die Angabe des Behandlungsfalls ersetzt, da ein Behandlungsfall mehr als einen Behandlungstag umfassen kann.

Die Anpassung der Terminologie erfolgt mit Blick auf die quartalsweise Abrechnungssystematik im ambulanten Sektor. Die die Dokumentation auslösende EBM-Ziffer ist grundsätzlich nur einmal im Quartal abrechenbar und stellt damit einen Behandlungsfall dar (auch wenn die Behandlung an mehreren Behandlungstagen stattfand, d. h., wenn mehr als eine PCI/Koronarangiographie in einem Quartal durchgeführt wurde).

Die entsprechenden Datenfelder werden wie folgt angepasst:

- Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?
- Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?

- Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Dringlichkeit der Prozedur“

Bei Patienten, deren Symptome erstmals innerhalb der Einrichtung aufgetreten sind, ist bei der Beurteilung der Dringlichkeit der Aufnahmezeitpunkt nicht von Bedeutung. Hier soll daher der Zeitraum vom Auftreten der Symptome bis zum Prozedurbeginn herangezogen werden. Rückfragen aus Kliniken haben gezeigt, dass dies bisher nicht deutlich genug beschrieben wurde. Der Ausfüllhinweis wird daher um eine entsprechende Erläuterung ergänzt.

Erhöhung der möglichen Angaben von Diagnosen und Prozeduren

In der klinischen Praxis können im Ausnahmefall Konstellationen auftreten, in denen ein Behandlungsfall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, z. B. bei Abbruch des Eingriffs. In diesen Fällen ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren. In anderen Fällen ist das Anlegen eines Minimaldatensatzes hingegen nicht zulässig. Ob ein regulärer Datensatz oder ein Minimaldatensatz dokumentiert werden muss, steht häufig im Zusammenhang mit den kodierten ICD- und OPS-Kodes. Diese führen allerdings in der Regel nur in Kombination mit anderen Faktoren zur Dokumentation eines Minimaldatensatzes. Die ICD- und OPS-Kodes können jedoch zur Kontrolle, ob ein Minimaldatensatz oder ein regulärer Datensatz angelegt werden soll, herangezogen werden.

Laut § 137 SGB V Abs. 2 legt der G-BA in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 % für dokumentationspflichtige Datensätze fest. Die Dokumentationsrate von 100 % setzt die korrekte Dokumentation sowohl von regulären Datensätzen als auch von Minimaldatensätzen voraus. Um das Erreichen einer Dokumentationsrate von 100 % zu unterstützen, wird die Anzahl der Listenelemente der Datenfelder „Diagnosen“ und „Prozedur(en)“ erhöht, sodass zukünftig bis zu 10 OPS-Kodes pro Operation und 30 ICD-Kodes pro Behandlungsfall dokumentierbar sind. Im Datenfeld „Prozedur(en)“ sind alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs zu dokumentieren. Dies wird ab dem Erfassungsjahr 2018 in der ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes beschrieben.

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Das folgende Datenfeld wird in einzelne Ja-Leer-Felder überführt. Diese werden entsprechend nummeriert. Der Ausfüllhinweis wird angepasst.

- Besonderes Merkmal

Die Nummerierung der Datenfelder zu intraprozedural auftretenden Ereignissen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- koronarer Verschluss
- TIA/Schlaganfall
- Exitus im Herzkatheterlabor
- sonstige

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Exportmodul PCI_LKG – Information zur Sollstatistik:

Das Exportmodul PCI_LKG beinhaltet die Daten zu Perkutaner Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patienten ab 18 Jahren (wenn „Status des Leistungserbringers“ = „Krankenhaus“).

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Informationen zum Exportmodul.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium aufgenommen (Abschnitt 2.2).

Exportmodul PCI_KV – Information zur Sollstatistik:

Das Exportmodul PCI_KV beinhaltet die Daten zu Perkutaner Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patienten ab 18 Jahren (wenn „Status des Leistungserbringers“ = „Vertragsarzt“).

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Informationen zum Exportmodul.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium aufgenommen (Abschnitt 2.2).

Exportmodul PCI_SV – Information zur Sollstatistik:

Das Exportmodul PCI_SV beinhaltet die Daten zu Perkutaner Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patienten ab 18 Jahren (wenn „Status des Leistungserbringers“ = „Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen“).

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Informationen zum Exportmodul.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium aufgenommen (Abschnitt 2.2).

3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in der Spezifikation zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

3.2 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen

Im Folgenden werden Änderungsempfehlungen für die fallbezogene QS-Dokumentation, die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beschrieben und erläutert.

3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)

QS-Filter:

Im Modul NWIF sind Behandlungsfälle sind potenzielle postoperativen Wundinfektion bei Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Auslösekriterien.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium in den QS-Filter aufgenommen (Abschnitt 2.2).

QS-Dokumentation:

Neue Datenfelder zum Versichertenstatus

Zur Überprüfung des Ausschlusses der „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ werden entsprechende Datenfelder zum Versichertenstatus eingeführt (Abschnitt 2.2). Mithilfe dieser Datenfelder wird der Export der zulässigen Angaben zusätzlich geprüft.

Die Information, ob der Versichertenstatus den Ausschlusskriterien nicht entspricht, wird über das neue Exportfeld „GKV-Versichertenstatus“ erhoben. „Versichertenart“ und „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

Neues Datenfeld „entlassender Standort“

Um die etablierte automatisierte Verarbeitung von Daten in der Kombination von Institutionskennzeichen-Nummer (IK-Nummer) und Standort – z. B. im Rahmen der Datenentgegennahme oder der Erstellung einer standortbezogenen Sollstatistik – zu ermöglichen bzw. zu unterstützen, soll das Datenfeld „entlassender Standort“ in die QS-Dokumentation aufgenommen werden. Die Vorlagen zur Sollstatistik werden hinsichtlich des Standortbezugs angepasst.

Neues Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“

Da es sich bei der fallbezogenen QS-Dokumentation des Verfahrens QS WI um ein sogenanntes langes Überliegerverfahren handelt, werden in der Spezifikation 2018 die folgenden Konstellationen durch den QS-Filter ausgelöst:

- Patienten mit Aufnahme in 2018 und Entlassung in 2018 (Erfassung in Sollstatistik 2018)
- Patienten mit Aufnahme in 2018 und Entlassung in 2019 (Erfassung in Sollstatistik 2019 als Überlieger)

Um die gelieferten Datensätze (IST) den oben genannten Konstellationen (SOLL) zuordnen zu können, soll das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ab dem Erfassungsjahr 2018 erhoben werden.

3.2.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR)

QS-Filter:

Für die Module NWIWI und NWITR gibt es für das Erfassungsjahr 2018 folgende Änderungen in den Filterkriterien.

Umgang mit Ausschlusskriterien

In der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden Patienten und dazugehörige Fälle selektiert, die den definierten Einschlusskriterien entsprechen. Liegen für einen Fall eines Patienten bestimmte Ausschlusskriterien vor, für einen anderen Fall desselben Patienten hingegen nicht, kann eine Follow-up-Betrachtung weiterhin sinnvoll sein. Ebenso ist es möglich, dass eine sinnvolle Follow-up-Betrachtung aufgrund der Ausschlusskriterien nicht erfolgen kann. Ob trotz Vorliegen von Ausschlusskriterien eine Follow-up-Betrachtung erfolgen soll, kann erst im Rahmen der Auswertung beurteilt werden. Liegen solche Konstellationen vor, müssen diese Fälle inklusive der Codes, die in den Ausschlusskriterien definiert sind, von den Krankenkassen mitgeliefert werden. Der Ausschluss auf Auswertungsebene erfolgt nach medizinisch-inhaltlicher Prüfung.

Um dies zu gewährleisten, wird eine Erweiterung des Leistungs- und Medikationsfilters der Module NWITR sowie NWIWI für Fälle nach § 301 empfohlen. Diese Erweiterung umfasst die Selektion von Kriterien, welche Ausschlüsse im Verlauf des Follow-up darstellen. Hierbei handelt es sich um die folgenden Listen:

- WI_ICD_EX
- WI_OPS_EX
- WI_DRG_EX

Da potentielle postoperative Wundinfektionen auch auf Tracer-Eingriffe des Vorjahres zurückzuführen sein können und somit ebenfalls Ausschlüsse im Verlauf im Vorjahr vorliegen können, wird für die Spezifikation 2018 empfohlen neben dem Jahr 2018 auch das Jahr 2017 entsprechend zu berücksichtigen.

Neue Einschlussprozeduren

In der OPS Version 2017 wurde im Kapitel 5-80 die Liste der Lokalisationen um Humeroradialgelenk (sechste Stelle „s“) und Ellenbogengelenk n.n.bez. (sechste Stelle „t“) erweitert. Somit können die Operationen 5-801.b** (Knorpeltransplantation), 5-801.g** (Knorpelglättung, mechanisch) und 5-801.k** (Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation) jetzt für diese Lokalisationen spezifisch abgebildet werden.

Die folgenden OPS-Kodes sollen daher als Einschlusskriterien in den Filter für die Module NWIWI und NWITR aufgenommen werden:

- **5-801.bs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.bt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.gs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroradialgelenk
- **5-801.gt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.ks:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.kt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.

Der OPS-Kode 5-807.- Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke wird 2017 an der fünften Stelle um die Lokalisation Ellenbogengelenk und an der sechsten Stelle um die Verfahren Plastik des medialen Kapselbandapparates (5-807.72) und Plastik des lateralen Kapselbandapparates (5-807.73) erweitert, die jetzt abgebildet werden können.

Die folgenden OPS-Kodes sollen daher als Einschlusskriterien in den Filter für die Module NWIW und NWITR aufgenommen werden:

- **5-807.72:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des medialen Kapselbandapparates
- **5-807.73:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates

Die Ergänzung dieser Kodes wird sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen. Die Anpassung der ambulanten Filterliste erfolgt vorbehaltlich einer entsprechenden Aktualisierung des Leistungskataloges zum Ambulanten Operieren nach § 115 b (AOP-Katalog).

Löschen von Einschlussprozeduren

Folgende OPS-Kodierungen sollen aus der Liste der Einschlussprozeduren der Module NWIW und NWITR entfernt werden, da neurochirurgische Eingriffe nicht Bestandteil des Verfahrens sind.

- **5-026.40:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 1 Clip
- **5-026.41:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 2 Clips
- **5-026.42:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 3 Clips

- **5-026.43:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 4 Clips
- **5-026.44:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 5 Clips
- **5-026.45:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 6 oder mehr Clips

Die Löschung dieser Codes wird für die stationäre Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen.

3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)

QS-Filter:

Für die Module NWIEA und NWIES gibt es für das Erfassungsjahr 2018 folgende Änderungen in den Filterkriterien.

Alter am Aufnahmetag bzw. am Behandlungstag

Es werden redaktionelle Änderungen am Algorithmus in Textform vorgenommen. Beispielsweise wird der Einschluss „Alter am Aufnahmetag ≥ 18 “ im ambulanten Bereich in „Alter am Behandlungstag ≥ 18 Jahre“ umbenannt.

Analog zu den Einschlusskriterien der Module NWIWI und NWITR der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden die folgenden OPS-Kodes aufgenommen.

- **5-801.bs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.bt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.gs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroradialgelenk
- **5-801.gt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.ks:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.kt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.

- **5-807.72:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des medialen Kapselbandapparates
- **5-807.73:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates

Die Ergänzung dieser Codes wird sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen. Die Anpassung der ambulanten Filterliste erfolgt vorbehaltlich einer entsprechenden Aktualisierung des Leistungskataloges zum Ambulanten Operieren nach § 115 b (AOP-Katalog).

Löschen von Einschlussprozeduren

Analog zu den Einschlusskriterien der Module NWIWI und NWITR der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden die folgenden OPS-Codes zur Streichung empfohlen.

- **5-026.40:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 1 Clip
- **5-026.41:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 2 Clips
- **5-026.42:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 3 Clips
- **5-026.43:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 4 Clips
- **5-026.44:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 5 Clips
- **5-026.45:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 6 oder mehr Clips

Die Löschung dieser Codes wird für die stationäre Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen.

QS-Dokumentation:

Für die Module NWIEA und NWIES gibt es folgende redaktionelle Änderungen in der QS-Dokumentation.

Exportfelder „lebenslange Arztnummer“ und „Nebenbetriebsstättennummer“

In den Erforderlichkeitstabellen für die Module NWIEA und NWIES werden Fußnoten ergänzt, um klarzustellen, dass die Angaben im Datenfeld „lebenslange Arztnummer“ (LANR) sowie „Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) im Rahmen des Datenflusses bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben und somit nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

Anpassung der Ausfüllhinweise

In der ursprünglichen Konzeption waren in den Dokumentationsbögen abschnittsbezogen erläuternde Informationen in Form von eingebetteten Zwischenüberschriften vorgesehen. Aufgrund der technischen Strukturen der Dokumentationsbögen, in Folge derer bei der bisherigen Umsetzung im Regelbetrieb diese Informationen nicht enthalten waren, sollen diese nunmehr aufgenommen und in die einzelnen Ausfüllhinweise integriert werden. Hierdurch wird beispielsweise der Zusammenhang des richtlinienkonformen Begriffs der "Einrichtung" für belegärztliche Leistungen, Medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen konkretisiert.

Umformulierungen von Datenfeldbezeichnungen

Zur besseren Verständlichkeit werden einige Datenfelder im redaktionellen Sinne umformuliert. Diese Anpassungen stellen keine inhaltlichen Änderungen dar.¹

Redaktionelle Änderungen werden im Modul NWIES in Form folgender Datenfeldbezeichnungen umgesetzt:

- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Rasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?
- Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z. B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?

Weitere redaktionelle Änderungen werden im Modul NWIEA in Form folgender Datenfeldbezeichnungen umgesetzt:

- Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt, wenn eine Haarentfernung indiziert ist?

¹ Die Änderungen werden im Vergleich zum *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Spezifikation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation in Verfahren 2 (QS WI) der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für das Erfassungsjahr 2017* vom 15. Dezember 2016 aufgezeigt und sind bereits für das Erfassungsjahr 2017 vorgesehen.

- Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?
- Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?²
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z. B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?

² Diese Änderung ist in der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bereits für das Erfassungsjahr 2017 vorgesehen und wird für das Erfassungsjahr 2018 ebenfalls für die Anlage II der Qes ü-RL (Erforderlichkeit der Daten für QS WI) empfohlen.

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) für das Erfassungsjahr 2018

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die beiden bestehenden sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren QS PCI und QS WI aktualisiert. In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben

Die nachstehende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die entsprechenden Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie über die in den einzelnen QS-Verfahren anfallenden Fallzahlen. Aufgeführt sind nur jene Verfahren, deren Dokumentationsvorgaben eine Änderung erfahren. Zudem enthält die Übersicht lediglich solche Datenfelder, welche nach derzeitiger Schätzung manuell zu dokumentieren sind. Grundsätzlich ist aufgrund unterschiedlicher auf dem Markt befindlicher Softwarelösungen eine Unterscheidung in manuell einzugebende und bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die QS automatisch befüllbare Bogenfelder nicht in allen Fällen trennscharf zu treffen. 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.

Die nachfolgende Tabelle wurde zudem auf Basis folgender Darstellungen des IQTIG erstellt:

- Empfehlungen zur Spezifikation 2018. Erläuterungen zu QS-Verfahren nach Qesü-RL. Stand 02.02.2017
- Empfehlungen zur Spezifikation 2018. Dokumente zu QS-Verfahren nach Qesü-RL. Stand 23.02.2017

Tabelle 1: Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen QS-Module

QS-Module	Manuell zu befüllende Datenfelder: neu	Manuell zu befüllende Datenfelder: wegfallend	Saldo Datenfelder	Fallzahl geschätzt	Gesamtzahl manuell zu befüllende Datenfelder (Saldo)
Fallbezogene QS-Dokumentation NWIF	2 (entlassender Standort; Entlassdatum)	0	2	400.000	800.000
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI (Krankenhäuser)	1 (behandelnder Standort)	0	1	757.000	757.000
					1.557.000

Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der manuellen Befüllung der Datenfelder um eine komplexe Tätigkeit einschließlich Recherche in der Patientenakte handelt, die ärztlichen und pflegerischen Sachverstand verlangt und für die somit ein hohes Qualifikationsniveau (50,30 Euro/h) vorausgesetzt werden muss. Der Zeitaufwand, der für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes notwendig ist, wird im Schnitt auf 0,3 Minuten geschätzt (Quelle: Ergebnisse der Messung des zeitlichen Aufwands für das Ausfüllen der Erhebungsbögen „Koronarangiographie“ und „PCI“, IGES-Gutachten Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung). Hieraus ergeben sich im Durchschnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 0,2515 Euro.

Aus den in Tabelle 1 dargestellten Änderungen ergibt sich eine Zunahme der jährlichen Bürokratiekosten für Krankenhäuser um 391.585 Euro (1.557.000 x 0,2515 Euro).

2. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

Darüber hinaus ist zusätzlicher Aufwand für die Änderungen der Ausfüllhinweise zu berücksichtigen. Entsprechend der Zeitwerttabelle können hierfür einmalig 48 Minuten je Krankenhausstandort bzw. vertragsärztlicher Einrichtung 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 QS-Module, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die je QS-Modul betroffenen Einrichtungen dargestellt.

Tabelle 3: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

QS-Modul	Adressierte Einrichtungen geschätzt	Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je Einrichtung in h
Fallbezogene QS-Dokumentation NWIF	1.300	1.040
Einrichtungsbefragung ambulant NWIEA	5.281	4.224,8
Einrichtungsbefragung stationär NWIES	1.300	1.040
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI, KH	1.063	850,4
Fallbezogene QS-Dokumentation Vertragsärzte PCI,	379	303,2
Gesamt		7.458,4

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (50,30 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von 7.458 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 375.157 Euro (50,30 Euro x 7.458,4 h).

Zusammenfassung

Insgesamt entstehen für Leistungserbringer jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 391.585 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 375.157 Euro.



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2018

Stand: 1. März 2017

Vom **Beschlussdatum**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen, die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung – Qesü-RL) in der Fassung vom 19. April 2010 (BAnz S. 3995), zuletzt geändert am 15. Dezember 2016 ¹(BAnz AT **TT.MM.JJJJ V**), wie folgt zu ändern:

I. Teil 1: Rahmenbestimmungen der Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 15 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- i. In Satz 1 wird nach den Wörtern „Krankenhäuser für alle“ das Wort „behandelten“ eingefügt und werden die Wörter „am QS-Verfahren beteiligten Privatpatientinnen und Privatpatienten und“ gestrichen.
- ii. Der bisherige Satz 2 wird durch folgende Sätze 2 und 3 ersetzt:

„Diese Aufstellung wird gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form der Datenannahmestelle übermittelt. Die jeweilige KV/KZV erstellt für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 1 Abs. 4 Nr. 2 eine Aufstellung gemäß dem in der Spezifikation vorgegebenen bundeseinheitlichen Format für die im Rahmen von Kollektivverträgen behandelten Patientinnen und Patienten, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht und übermittelt diese an die jeweilige DAS nach § 9 Absatz 1 Satz 2, auch wenn die KV die Funktion der DAS selbst ausübt.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- i. In Satz 1 werden nach „Aufstellung“ die Wörter „nach Absatz 2 Satz 1“ eingefügt und nach „Leistungserbringer“ die Wörter „nach Absatz 2“ gestrichen.
- ii. Folgender Satz wird angefügt:

¹ [Der Beschluss vom 16.02.2017 über eine Änderung der Qesü-RL ist in dieser Fassung noch nicht berücksichtigt.]

„Die Datenannahmestelle informiert die Bundesauswertungsstelle über das Nichtvorliegen einer Konformitätserklärung.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- i. In Satz 1 wird vor dem Wort „Datenannahmestelle“ das Wort „jeweilige“ eingefügt.
- ii. Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- iii. „Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 ist in dieser Bescheinigung zu vermerken, ob sie ihren Berichtspflichten sowie ihrer Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 3 fristgerecht nachgekommen sind.“
- iv. In Satz 3 wird nach der Angabe „Absatz 2“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
- v. Folgender wird angefügt:
- vi. „Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 3 ist in dieser Bescheinigung die für sie von der jeweiligen Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle übermittelte Anzahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) zu vermerken.“

d) Dem § 15 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bis 4²⁾ übermitteln mindestens einmal jährlich in elektronischer Form gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format eine Aufstellung an die Bundesauswertungsstelle, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer und Erfassungsjahr zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß Absatz 2 hervorgeht.“

II. Die Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Datenannahmestelle erzeugt aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils ein Leistungserbringerpseudonym. Für die Pseudonymisierung nutzen die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie (KV bzw. KZV), die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie (LQS/LKG) sowie die Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 4 und § 9 Absatz 1 Satz 5 der Richtlinie das von der Institution nach § 137a SGB V vorgeschlagene Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, welches sicherstellt, dass die Datenannahmestellen den gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils das gleiche Pseudonym zuordnen. Die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 4 (DAS-SV) und § 9 Absatz 1 Satz 5 (DAS-KK) der Richtlinie nutzen die öffentlichen Schlüssel der systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung die ihnen auf Anfrage von den Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV) und § 9 Absatz 1 Satz 3 (LQS/LKG) der Richtlinie übermittelt werden. Abweichend von Satz 1 legen die themenspezifischen Bestimmungen fest, ob die Datenannahmestelle für die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach § 9 Absatz 1 Satz 5 der Richtlinie die leistungserbringeridentifizierenden Daten pseudonymisieren oder anonymisieren soll. Die Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 5 der Richtlinie ersetzt die krankenkassenidentifizierenden Daten durch ein Krankenkassen-Pseudonym, sofern in den themenspezifischen Bestimmungen nichts anderes vorgesehen ist.“⁽³⁾

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie wird wie folgt geändert:

1. In § 10 Absatz 2 wird Buchstabe h wie folgt gefasst:

² [Nach Inkrafttreten des Beschlusses vom 16.02.2017 über eine Änderung der Qesü-RL sind die entsprechenden Verweise (§ 9 Abs. 1 Satz 2, 3, 5, 7 und 8) anzupassen]

³ [Nach Inkrafttreten des Beschlusses vom 16.02.2017 über eine Änderung der Qesü-RL sind die entsprechenden Verweise (auf § 9 Abs. 1 Satz 2, 3, 5, 7, 8 und 9) anzupassen.]

„Vertragsärztlich tätige Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2017/2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden. Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.“

2. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln.“

b) Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 bis 44) der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundeswertungsstelle weiter.“

3. Anlage II Buchstabe a) wird wie folgt gefasst

„a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer [Basis]	X			X
3	Versionsnummer [Basis]				X
4	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
5	Modulbezeichnung				X
6	Teildatensatz oder Bogen				X
7	Dokumentationsabschlussdatum				X
8	Status des Leistungserbringers	X		X	X
9	Art der Leistungserbringung	X	X	X	X
10	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X	X

⁴ [Nach Inkrafttreten des Beschlusses vom 16.02.2017 über eine Änderung der Qesü-RL sind die entsprechenden Verweise (§ 9 Abs. 1 Satz 2, 3, 5, 7 und 8) anzupassen]

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
12	GKV-Versichertenstatus ²	X			X
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X	X	X
14	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.				X
15	Institutionskennzeichen	X	X	X	
16	entlassender Standort	X	X	X	X
17	behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)	X	X	X	
18	Fachabteilung	X	X	X	
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X	
21	lebenslange Arztnummer ⁴	X			
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵		X	X	
23	Geburtsjahr ⁶		X	X	
24	Geschlecht		X	X	
25	Aufnahmedatum (stationär)	X	X	X	
26	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X	
27	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
28	akutes Koronarsyndrom		X	X	X
29	stabile Angina pectoris		X	X	
30	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung)		X	X	
31	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
32	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
33	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
34	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X	X	
35	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	X

¹ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Versichertenart“ und „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Die „Versichertenart“ und der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.

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

⁴ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

⁵ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
36	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	
37	postprozedurale Transfusion		X	X	X
38	Datum der postprozeduralen Transfusion		X	X	
39	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
40	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	
41	Entlassungsdatum	X		X	
42	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ⁷			X	
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
44	Vorgangsnummer [Prozedur]	X			X
45	Versionsnummer [Prozedur]				X
46	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X	X	X
47	Datum der Prozedur	X	X		X
48	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ⁸		X	X	
49	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
50	kardiogener Schock		X	X	
51	Art der Prozedur		X	X	X
52	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	X
53	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
54	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
55	Nierenfunktion gemessen		X	X	
56	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
57	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
58	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
59	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X
60	<ul style="list-style-type: none"> • koronarer Verschluss • TIA/Schlaganfall • Exitus im Herzkatheterlabor • sonstige 		X	X	
61	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X
62	Vorgangsnummer [Koronarangiographie]	X			X

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

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
63	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
64	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
65	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
66	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
67	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ⁹	X		X	X
68	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
69	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X
70	Vorgangsnummer [PCI]	X			X
71	Versionsnummer [PCI]				X
72	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
73	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
74	Indikation zur PCI		X	X	X
75	Ist STEMI Hauptdiagnose?		X	X	X
76	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	X
77	<ul style="list-style-type: none"> • PCI an Hauptstamm • PCI an LAD • PCI an RCX • PCI an RCA 		X	X	
78	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X
79	<ul style="list-style-type: none"> • PCI am kompletten Gefäßverschluss • PCI eines Koronarbypasses • PCI am ungeschützten Hauptstamm • PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA • PCI am letzten verbliebenen Gefäß • PCI an einer In-Stent-Stenose • sonstige 		X	X	
80	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
81	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
82	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
83	Door-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
84	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	
85	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
86	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	

“

IV. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 werden nach „stattfind“, die Wörter „frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren,“ eingefügt.

2. § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach dem Wort „Korrekturfrist“ die Wörter „an die jeweilige Datenannahmestelle“ eingefügt.

b) Satz 5 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 bis 4¹⁰ der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundeswertungsstelle weiter.“

3. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Exportfeld ¹ (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer	X			X
3	Versionsnummer				X
4	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
5	Modulbezeichnung				X

¹⁰ [Nach Inkrafttreten des Beschlusses vom 16.02.2017 über eine Änderung der Qesü-RL sind die entsprechenden Verweise (§ 9 Abs. 1 Satz 2, 3, 5, 7 und 8) anzupassen]

¹ Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld ¹ (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
6	Teildatensatz oder Bogen				X
7	Dokumentationsabschlussdatum				X
8	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X	X	X	X
9	GKV-Versichertenstatus ³	X			X
10	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ⁴	X	X	X	X
11	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.				X
12	Institutionskennzeichen	X	X	X	
13	entlassender Standort				X
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X	X	
15	Quartal des Aufnahmetages	X	X	X	
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	
17	Geburtsjahr ⁶	X	X	X	
18	Geschlecht		X	X	
19	auslösende ICD-Kodes ⁷	X	X	X	
20	auslösende OPS-Kodes ⁸	X	X	X	
21	Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion/Surgical Site Infection)?	X	X	X	
22	Datum der Diagnose der Wundinfektion	X	X	X	
23	Wundinfektionstiefe	X	X	X	
24	Wurde eine postoperative, mikrobiologische Untersuchung aus dem (früheren) OP-/Wundgebiet durchgeführt?	X	X	X	
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			X

„

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Versichertenart“ und „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Die „Versichertenart“ und der „Besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

⁴ In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, die Versichertenart, den besonderen Personenkreis und die eGK-Versichertennummer die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

⁵ In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Geburtsdatum und das Aufnahmedatum ins Krankenhaus die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Geburtsdatum die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das Geburtsdatum wird nicht exportiert.

⁷ Diese Information wird über die vorliegenden ICD-Kodes ermittelt.

⁸ Diese Information wird über die vorliegenden OPS-Kodes ermittelt.

b) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Stationäre Einrichtungen)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrierkode)			X
2.	Vorgangsnummer	X		X
3.	Versionsnummer			X
4.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
5.	Modulbezeichnung			X
6.	Teildatensatz oder Bogen			X
7.	Dokumentationsabschlussdatum			X
8.	Status des Leistungserbringers			X
9.	Gelten für die belegärztlichen stationären Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
10.	Institutionskennzeichen	X	X	X
11.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
12.	Nebenbetriebsstättennummer ¹	X	X	X
13.	lebenslange Arztnummer ²	X	X	X
14.	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Erfassungsjahr in Ihrem gesamten Krankenhaus?		X	X
15.	Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?			X
16.	Wie viele Patiententage lagen im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	X
17.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?		X	X
18.	Wie viele Patiententage lagen im Erfassungsjahr auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	X
19.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr		X	X

¹ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

² Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
	auf allen Allgemeinstationen Ihres Krankenhauses?			
20.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?		X	
21.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
22.	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
23.	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
24.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in stationären Einrichtungen]		X	
25.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in stationären Einrichtungen]		X	
26.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses?		X	
27.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	
28.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	
29.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	
30.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
31.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]			
32.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
33.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Rasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
34.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
35.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
36.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
37.	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		X	
38.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?		X	X
39.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
40.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
41.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?		X	X
42.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?		X	X
43.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?		X	X
44.	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		X	
45.	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
46.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
47.	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
48.	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
49.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
50.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
51.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
52.	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
53.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
54.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
55.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	
56.	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
57.	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
58.	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
59.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OPFeldes]		X	
60.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission?		X	
61.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
62.	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
63.	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
64.	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
65.	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?		X	
66.	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
67.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
68.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
69.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arznei mittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
70.	Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?		X	
71.	Daten wurden nicht erhoben		X	X
72.	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/ einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?		X	
73.	Ärzte		X	
74.	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer		X	
75.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
76.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
77.	medizinische Fachangestellte		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
78.	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
79.	Reinigungskräfte		X	
80.	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
81.	Mitarbeiter der Küche		X	
82.	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden		X	X
83.	Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?		X	
84.	Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?		X	
85.	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
86.	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
87.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
88.	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC- Klassifikation enthalten?		X	
89.	Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
90.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen]		X	
91.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion?		X	
92.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?		X	
93.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandswechsels durchgeführt?			
94.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?		X	
95.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
96.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
98.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	
100.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

“

c) Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Ambulante Einrichtungen)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
2.	Vorgangsnummer	X		X
3.	Versionsnummer			X
4.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
5.	Modulbezeichnung			X
6.	Teildatensatz oder Bogen			X
7.	Dokumentationsabschlussdatum			X
8.	Status des Leistungserbringers	X		X
9.	Grundlage der Leistungserbringung	X		X
10.	Betreiben Sie einen eigenen OP?	X		X
11.	Gelten für die ermächtigten vertragsärztlichen Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
12.	Institutionskennzeichen	X	X	X
13.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
14.	Nebenbetriebsstättennummer ¹	X	X	X
15.	lebenslange Arztnummer ²	X	X	X
16.	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?		X	X
17.	Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?		X	X
18.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?		X	X
19.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?		X	
20.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
21.	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
22.	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
23.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen		X	

¹ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

² Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen]			
24.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen]		X	
25.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder die Geschäftsführung/ Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
26.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	
27.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	
28.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	
29.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
30.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
31.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/ Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
32.	Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt, wenn eine Haarentfernung indiziert ist?		X	X
33.	Nutzen Sie dazu einen Rasierer?		X	
34.	Nutzen Sie dazu eine Schere?		X	
35.	Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)?		X	
36.	Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme?		X	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
37.	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		X	
38.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?		X	X
39.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
40.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
41.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X
42.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?		X	X
43.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?		X	X
44.	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		X	
45.	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
46.	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?		X	
47.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
48.	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
49.	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
50.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?		X	X
51.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?		X	X
52.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?		X	X
53.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
54.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
55.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
56.	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
57.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
58.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
59.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	
60.	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
61.	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
62.	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
63.	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
64.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?		X	
65.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel?		X	
66.	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel) thematisiert?		X	
67.	Wird darin der Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
68.	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
69.	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		X	
70.	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
71.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
72.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
73.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?		X	
74.	Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?		X	
75.	Daten wurden nicht erhoben			X
76.	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?		X	
77.	Ärzte		X	
78.	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer		X	
79.	examinierte Krankenpfleger, Pflegeassistenten oder Pflegehelfer nicht vorhanden		X	X
80.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
81.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
82.	medizinische Fachangestellte		X	
83.	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
84.	Reinigungskräfte		X	
85.	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
86.	Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA- Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?		X	
87.	Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?		X	
88.	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
89.	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?			
90.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
91.	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?		X	
92.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)?		X	
93.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?		X	
94.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt?		X	
95.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
96.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
98.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	
100.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?			

“

V. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

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

Berlin, den **Beschlussdatum**

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2018

Vom **Beschlussdatum**

Stand: 1. März 2017

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	5
4.	Verfahrensablauf	5
5.	Fazit	6
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	6

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung - Qesü-RL) legt in ihrem ersten Teil die Rahmenbestimmungen für die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung fest und beschreibt die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen, die für die Umsetzung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren erforderlich sind. In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Gegenstand der vorliegenden Änderungen sind Anpassungen in Teil 1 § 15 und Teil 2 § 16 zu Verfahren 1 und 2 der Richtlinie, die der Klarstellung im Zusammenhang der Erstellung und Übermittlung der Sollstatistik dienen. In Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen der Qesü-RL zu Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie § 10 wurde darüber hinaus die standortbezogene Auswertung belegärztlicher Leistungen mittels Nebenbetriebsstättennummer geregelt und in Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) erfolgte in § 4 eine Anpassung der Löschrfrist des Patientenpseudonyms, um den Abschluss der qualitätssichernden Maßnahmen nicht zu gefährden. Die Änderungen in der jeweiligen Anlage 2 zu den Verfahren 1 und 2 beruhen auf Empfehlungen zur Spezifikation des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137a SGB V.

Zu Teil 1: Rahmenbestimmungen

§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten

Zu Absatz 2

Zu Satz 1:

Die derzeit in der Qesü-RL geregelten QS-Verfahren erfordern die Verarbeitung (pseudonymisierter) personenbezogener Patientendaten. Nach Maßgabe des § 299 SGB V kann der G-BA in seinen Richtlinien Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer zur Erhebung und Verarbeitung von personenbezogener Daten von Patienten zu Zwecken der Qualitätssicherung nur für gesetzlich Versicherte berechtigen und verpflichten. Vor diesem Hintergrund wurde die Verpflichtung der zur Erhebung von Datensätzen für „am QS-Verfahren beteiligten Privatpatientinnen und Privatpatienten“ gestrichen.

Zu Satz 2:

Durch den eingefügten Hinweis auf die Spezifikation wird deutlich gemacht, dass hier nicht nur das Format für die Datenübermittlung festgelegt wird ("Mustervorlagen zur Sollstatistik"), sondern hier auch die Regeln spezifiziert werden, welche Fälle als „zu dokumentieren Fälle“ (Soll) gemäß den Vorgaben der Richtlinie gelten.

Zu Satz 3:

Mit dem zusätzlichen Satz 3 wurden die Regelungen hinsichtlich der Erstellung und Übermittlung der Sollstatistik an die DAS um den vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich ergänzt.

Zu Absatz 3

Da die Erstellung einer Konformitätserklärung den vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich nicht betrifft, wurde hier der Bezug auf Absatz 2 Satz 1 ergänzt. Zudem wurde eine Transparenzpflicht der Datenannahmestelle gegenüber der Bundesauswertungsstelle hinsichtlich des Vorliegens der Konformitätserklärungen eingeführt.

Zu Absatz 4

Da die Sollstatistik im vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich von den KVen bzw. KZVen erstellt wird, sollen diese ihre Leistungserbringer jeweils über das für sie an die Bundesauswertungsstelle übermittelte Soll informieren.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass die Datenannahmestellen die Aufstellungen der je Leistungserbringer dokumentationspflichtigen Datensätze (Sollzahlen) an die Bundesauswertungsstelle übermitteln. Die Bundesauswertungsstelle benötigt diese Informationen, um für die jährlichen Auswertungen sowie für den Bundesqualitätsbericht nach §20 leistungsbereichsbezogen die Vollzähligkeit der Teilnahme von Einrichtungen mit dokumentationspflichtigen Leistungen sowie die Vollzähligkeit der ausgewerteten Datensätze ermitteln und darstellen zu können. Diese Informationen sind erforderlich, um die Aussagekraft der ausgewerteten Ergebnisse beurteilen zu können.

Durch den Hinweis auf die Spezifikation und das bundeseinheitliche Format wird deutlich gemacht, dass sowohl das Format für die Datenübermittlung festgelegt ist (Mustervorlagen) als auch die zugrundeliegenden Regeln spezifiziert sind, welche Fälle als „zu dokumentierende Fälle“ (Soll) gemäß den Vorgaben der Richtlinie gelten.

Der Zeitpunkt der Übermittlung wird in Teil 2 der Richtlinie geregelt.

Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren

§ 3

Zu Absatz 1

Der Verweis wurde an die im Rahmen der am 16. Februar 2017 beschlossenen Richtlinien-Änderungen erfolgte Umstrukturierung in Teil 1 § 9 der Richtlinie angepasst.

Zu Absatz 2

Das Institut nach § 137a (IQTIG) hat ein Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung entwickelt. Dies wird im Rahmen der Spezifikation in Form von Software, Benutzerdokumentation und Datenflussspezifikation bereitgestellt. Das Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung dient der Sicherstellung, dass in allen Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 der Richtlinie aus gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten dieselben LE-Pseudonyme erstellt werden. Die Datenannahmestellen (DAS) nach § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV) und § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie (LQS/LKG) nutzen die vom IQTIG bereitgestellte Software zur Erzeugung eines Schlüsselpaares (privater/öffentlicher Schlüssel). Mit Hilfe des öffentlichen Schlüssels werden die leistungserbringeridentifizierenden Daten (IKNR/BSNR) pseudonymisiert. Mit Hilfe des privaten Schlüssels, den nur die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 und 3 haben, können die LE-Pseudonyme wieder entschlüsselt werden. Die DAS nach § 9 Absatz 1 Satz 4 (DAS-SV) und § 9 Absatz 1 Satz 5 (DAS-KK) müssen den öffentlichen Schlüssel bei den DAS nach § 9 Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 anfordern, mit dem die DAS-SV und DAS-KK aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten eigenständig die entsprechenden selben LE-Pseudonyme erzeugen können. Die Bezeichnung „öffentliche Schlüssel“ rührt vom

eingesetzten technischen Verfahren der asymmetrischen Verschlüsselung her, bedeutet aber nicht, dass diese Schlüssel für alle zugänglich sind. Die öffentlichen Schlüssel dürfen sich ausschließlich im Besitz aller DAS nach § 9 Absatz 1 befinden und dürfen der Bundesauswertungsstelle nicht bekannt sein. Die Anpassung des Richtlinien textes ist notwendig, da das Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung noch nicht entwickelt war.

Zu Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2 Buchstabe h

Da zum einen noch keine Definition von Krankenhausstandorten vorhanden ist und zum anderen die vertragsärztlich tätigen Belegärzte in ihrer QS-Dokumentation auch nur Betriebsstättennummern angeben, musste die Auswertungsebene dementsprechend angepasst werden. Sie bezieht sich für die Differenzierung der belegärztlichen Leistungen jetzt auf Belegkrankenhäuser bzw. -abteilungen anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR). Da die Angabe der NBSNR sowohl in den Exportdatenfeldern wie in der Spezifikation ebenfalls noch für das Erfassungsjahr 2018 ergänzt werden muss, ist eine Auswertung erst ab dem Erfassungsjahr 2018 möglich.

§ 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1

Die Ergänzung unter Absatz 1 stellt sicher, dass alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 bis 4 der Richtlinie eine Aufstellung der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr mit den Zahlen für alle Leistungserbringer ihres Zuständigkeitsbereiches an die Bundesauswertungsstelle leiten. Diese Aufstellung wird im Unterschied zum beschriebenen Datenfluss der QS-Daten nicht über die Vertrauensstelle geleitet. Diese Regelung umfasst auch die Zahlen der vertragsärztlichen Leistungen, bei denen die Aufstellung nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 3 der Richtlinie durch die KV/KZV und nicht durch den Leistungserbringer erfolgt.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2018 des IQTIG (**Anlage 1**) aufgeführt.

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 1

Das Patientenpseudonym muss aus Datenschutzgründen nach 36 Monaten beim IQTIG aus den QS-Datensätzen gelöscht werden. Beim QS-Verfahren QS WI entsteht jedoch durch die Zusammenführung von fallbezogener QS-Dokumentation mit den Sozialdaten von den Krankenkassen bei Fällen mit einem 1-Jahres Follow-up Zeitraum das Problem, dass das Patientenpseudonym für einen Teil der Datensätze bereits vor dem Abschluss der Erstellung

von Rückmeldeberichten sowie länderbezogenen Auswertungen gelöscht werden müsste. Sollten in dem Zeitraum zwischen der Löschung des Pseudonyms und der finalen Erstellung der Auswertungen und Berichte Unklarheiten oder Fragestellungen betreffend die Verknüpfung der Daten auftreten, wäre eine Fehlersuche und erneute Verknüpfung der Datensätze unmöglich. Aus diesem Grund wurde die Formulierung im Richtlinienentwurf an die Formulierung in Verfahren 1 (QS PCI) angeglichen, so dass die Löschung der Patientenpseudonyme immer erst nach der Erstellung der Auswertungen und Berichte durchgeführt wird.

§ 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1

Die Ergänzung unter Absatz 1 stellt sicher, dass alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 bis 4 der Richtlinie eine Aufstellung der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr mit den Zahlen für alle Leistungserbringer ihres Zuständigkeitsbereiches an die Bundesauswertungsstelle leiten. Diese Aufstellung wird im Unterschied zum beschriebenen Datenfluss der QS-Daten nicht über die Vertrauensstelle geleitet. Diese Regelung umfasst auch die Zahlen der vertragsärztlichen Leistungen, bei denen die Aufstellung nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 3 der Richtlinie durch die KV/KZV und nicht durch den Leistungserbringer erfolgt.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2018 des IQTIG (**Anlage 1**) aufgeführt.

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.

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 T. Monat JJJJ begann die AG Qesü-RL mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende **Tabelle**)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
7. Februar 2017	AG-Sitzung	Abschließende Beratung
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme(n) und ggf. Anhörung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5a und 92 Abs. 7f SGB V wurde der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der stellungnahmeberechtigten Organisation/en (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom T. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**). [oder] Es wurden fünf Stellungnahmen fristgerecht, fünf Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie fünf Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V 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: Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation des IQTIG (Stand: 02.02.2017)

Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung versandte Tragenden Gründe

Anlage X

Berlin, den Beschlussdatum

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zur Spezifikation 2018

Erläuterungen zu
QS-Verfahren nach Qesü-RL

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 2. Februar 2017

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation 2018. Erläuterungen zu QS-Verfahren nach Qesü-RL

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

9. Januar 2017, korrigierte Fassung vom 2. Februar 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<http://www.iqtig.org>

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Modulübergreifende Empfehlungen	7
2.1 Datenfelder mit Mehrfachnennung.....	7
2.2 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung.....	9
2.3 Redaktionelle Änderungen	10
3 Modulspezifische Empfehlungen	11
3.1 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	11
3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)	11
3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI).....	14
3.2 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen	15
3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)	15
3.2.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR)	16
3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach Qesü-RL.....	5
Tabelle 2: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2018.....	6
Tabelle 3: Listenfelder und Ja-Leer-Felder zur Ermöglichung von Mehrfachnennungen am Beispiel 21/3.....	7

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bzw. zur Datenerhebung bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Weiterhin beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik).

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die *Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)*. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2018 empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach Qesü-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul eines QS-Verfahrens (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellenerstellt. Diese stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach Qesü-RL

QS-Verfahren	Module
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) ▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR) ▪ Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI) ▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)

QS WI = QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

QS PCI = QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Releaseplanung

Die Basisspezifikation bezieht sich auf den Regelungsbereich der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer. Für eine Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 SGB V wird eine eigenständige Spezifikation veröffentlicht. Ab dem Erfassungsjahr 2017 wird weiterhin eine Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zur Verfügung gestellt.

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die Basisspezifikation für das Erfassungsjahr 2018 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

Tabelle 2: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2018

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2018 V01	Juni 2017	finale Version
2018 V02	September 2017	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2018 V03	November 2017	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Aktualisierung von EBM-Kodes, Fehlerkorrekturen)
2018 V04	bei Bedarf	Patches

In Anlehnung an diese Releaseplanung werden Veröffentlichungstermine im Juni 2017 sowie im November 2017 für die Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Die Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird erstmals im Jahr 2017 für das Erfassungsjahr 2017 veröffentlicht.

2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2018 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.

2.1 Datenfelder mit Mehrfachnennung

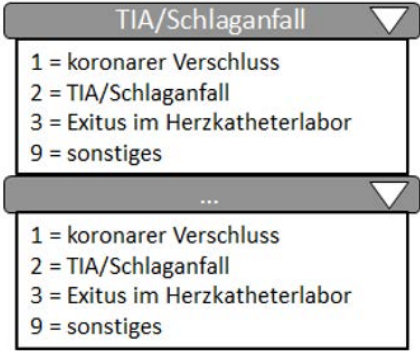

In einigen Datenfeldern der QS-Dokumentation ist es wichtig, eine Mehrfachnennung zu ermöglichen. Dies kann auf unterschiedliche Weise in der Spezifikation abgebildet werden. Tabelle 3 zeigt die Umsetzung über sogenannte Listenfelder im Vergleich zur Abbildung über separate Ja-Leer-Felder am Beispiel des ehemaligen Moduls 21/3.

Hierbei werden die unterschiedlichen Umsetzungsmöglichkeiten in Bezug auf folgende Aspekte beschrieben:

- Abbildung in der Spezifikation
- Umsetzung von Muss- und Kann-Vorgaben
- Möglichkeiten zur Kodierung von Schlüsselwerten
- Umsetzung von Plausibilitätsregeln
- mögliche Umsetzung in der Benutzeroberfläche der QS-Software

Tabelle 3: Listenfelder und Ja-Leer-Felder zur Ermöglichung von Mehrfachnennungen am Beispiel 21/3

	Listenfeld	Ja-Leer-Felder	
Abbildung in der Spezifikation	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 49 intraprozedural auftretende Ereignisse <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 53 intraprozedural auftretende Ereignisse <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja </div>	
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> wenn Feld 49 = 1 50> intraprozedurale Ereignisse <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 9 = sonstiges </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> wenn Feld 53 = 1 54> koronarer Verschluss <input type="checkbox"/> 1 = ja </div>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 55> TIA/Schlaganfall <input type="checkbox"/> 1 = ja </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 56> Exitus im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/> 1 = ja </div>
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 57> sonstige <input type="checkbox"/> 1 = ja </div>

	Listenfeld	Ja-Leer-Felder
Muss/Kann	Handelt es sich um ein Pflichtfeld, so ist nur das erste Element verpflichtend zu dokumentieren.	Über eine Plausibilitätsregel kann sichergestellt werden, dass mindestens eines oder genau eines der Felder dokumentiert werden muss.
Schlüsselwerte	Ein Schlüsselwert kann auch doppelt kodiert werden, z. B. kann zweimal „koronarer Herzverschluss“ angegeben werden.	Ein Feld kann nur einmal mit „ja“ beantwortet werden.
Plausibilitätsregeln	Teildatensatzvergleichende Plausibilitätsregeln, z. B. zur Prüfung, ob mindestens auf einem Prozedurbogen „Exitus im Herzkatheterlabor“ angegeben wurde, sind nach aktueller Spezifikation technisch nicht möglich.	Teildatensatzvergleichende Plausibilitätsregeln, z. B. zur Prüfung, ob mindestens auf einem Prozedurbogen „Exitus im Herzkatheterlabor“ mit „ja“ beantwortet wurde, sind möglich.
Mögliche Umsetzung in der Benutzeroberfläche	 <p>In der Benutzeroberfläche der QS-Software wird die Antwort beispielsweise aus einer Liste, die in Form im Sinne eines Dropdown-Menüs erscheint, ausgewählt. Die Auswahl ist bei Mehrfachnennung zu wiederholen.</p>	 <p>In der Benutzeroberfläche der QS-Software erhält jede Antwortmöglichkeit ihr eigenes Steuerelement, zum Beispiel in Form einer Checkbox.</p>

Die Abbildung von Datenfeldern mit Mehrfachnennung über separate Ja-Leer-Felder bietet neben verschiedenen technischen Vorteilen eine erhöhte Benutzerfreundlichkeit in der QS-Software und ermöglicht die Umsetzung von teildatensatzübergreifenden Plausibilitätsregeln. In der Spezifikation 2018 sollen daher anstelle von Listenfeldern separate Ja-Leer-Felder umgesetzt werden. Einzige Ausnahme sind Listenfelder mit langen Schlüsselkatalogen wie z. B. ICD- oder OPS-Kodes, die als Listenfelder erhalten bleiben sollen.

Die Zusammengehörigkeit separater Felder wird durch eine spezifische Nummerierung angezeigt. Beispielsweise würden die Datenfelder im Dokumentationsbogen zu intraprozeduralen Ereignissen wie folgt nummeriert:

- 54.1 koronarer Verschluss
- 54.2 TIA/Schlaganfall
- 54.3 Exitus im Herzkatheterlabor
- 54.4 sonstige

2.2 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung

Die Identifizierung der Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird in der Spezifikation mithilfe des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ durchgeführt. Das hierbei verwendete Selektionskriterium galt bisher als erfüllt, wenn das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte mit der Zeichenkette 10 beginnt.

Das verwendete Selektionskriterium ist auch für die Personengruppe der asylsuchenden Menschen erfüllt, sodass diese Personengruppe bislang in alle datengestützten Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) einbezogen wurde.

Bei den QS-Maßnahmen, die auf in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patienten beschränkt sind, sollen asylsuchende Menschen jedoch nicht berücksichtigt werden, solange die medizinische Versorgung auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes erfolgt. Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen ist daher bei den QS-Maßnahmen nach Qesü-RL, die mit pseudonymisierten und damit personenbezogenen Patientendaten durchzuführen sind, auszuschließen.

Für das Erfassungsjahr 2018 soll eine Anpassung der Spezifikation erfolgen, sodass verschiedene Personengruppen identifiziert und in QS-Verfahren ein- oder ausgeschlossen werden können.

Der Ausschluss der Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird über die Einführung der folgenden Datenfelder gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V bzw. gemäß der Datensatzbeschreibung KVDT (Kassenärztliche Vereinigung-Datentransfer) ermöglicht:

▪ **Versichertenart**

Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird mit der Versichertenart „1 = Mitglied“, „3 = Familienversicherter“ oder „5 = Rentner und deren Familienangehörige“ kodiert.

▪ **Besonderer Personenkreis bzw. besondere Personengruppe**

Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird mit dem besonderen Personenkreis „9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte“ kodiert.

Vorbehaltlich einer weiteren Prüfung durch den G-BA können mithilfe dieser Datenfelder weitere Personengruppen ein- oder ausgeschlossen werden.

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird in den Modulen PCI und NWIF als Ausschlusskriterium in den QS-Filter aufgenommen. Zur Überprüfung der korrekten Auslösung innerhalb der QS-Dokumentation werden die Datenfelder ebenfalls in die Datenfeldbeschreibung aufgenommen.

2.3 Redaktionelle Änderungen

Es werden modulübergreifende Änderungen vorgenommen, die redaktioneller Art sind und keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erhebenden Daten haben. Hierbei handelt es sich um Änderungen, die beispielsweise eine Harmonisierung betreffen oder eine verständlichere Dokumentation gewährleisten. Im Einzelnen werden alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen um ein Jahr erhöht. ICD- und OPS-Kodes werden aktualisiert. Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen und Datenfeldbezeichnungen optimiert.

3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2018, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Die Änderungen der fallbezogenen QS-Dokumentation werden nach den Komponenten „QS-Filter“, „QS-Dokumentation“ und „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ differenziert. Weiterhin werden Empfehlungen zu Exportmodulen aufgeführt. Änderungen bei der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen oder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden in separaten Abschnitten beschrieben.

3.1 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Im Folgenden werden Änderungsempfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen beschrieben und erläutert.

3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)

QS-Filter:

Im Modul PCI sind Perkutane Koronarinterventionen und Koronarangiographien bei Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium in den QS-Filter aufgenommen (Abschnitt 2.2).

QS-Dokumentation:

Neue Datenfelder zum Versichertenstatus

Zur Überprüfung des Ausschlusses der „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ werden entsprechende Datenfelder zum Versichertenstatus eingeführt (Abschnitt 2.2). Mithilfe dieser Datenfelder wird der Export der zulässigen Angaben zusätzlich geprüft.

Die Information, ob der Versichertenstatus den Ausschlusskriterien nicht entspricht, wird über das neue Exportfeld „GKV-Versichertenstatus“ erhoben. „Versichertenart“ und „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

Neues Datenfeld „behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)“

Da die Zuordnung zum entlassenden Standort in einigen Fällen bereits zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, weist das IQTIG auf die Dringlichkeit einer Regelung hin. Eine solche Regelung muss definieren, nach welchen Kriterien die Auswertungen einer bestimmten Standortangabe zuzuordnen sind. Die zu dokumentierenden Standortangaben sollen differenziert nach QS-Verfahren festgelegt werden.

Im Modul PCI soll hierfür ab dem Erfassungsjahr 2018 neben dem entlassenden Standort auch der behandelnde Standort erhoben werden. Der behandelnde Standort entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei Verbringungsleistungen ist der „verbringende Standort“ anzugeben.

Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Fachabteilung“

Da dieses Datenfeld nur bei stationären Leistungen am Krankenhaus zu dokumentieren ist, wird der Absatz zu ambulanten Operationen im Ausfüllhinweis gestrichen.

Datenfeld „Nebenbetriebsstättennummer“

Ein Vertragsarzt erhält gemäß Teil 2 § 10 Abs. 2 Qesü-RL für seine belegärztlichen Tätigkeiten zusätzliche, nach Krankenhausstandorten differenzierte Auswertungen. Um dies zu gewährleisten, soll die Angabe der Nebenbetriebsstättennummer herangezogen werden. Das Datenfeld „Nebenbetriebsstättennummer“ soll daher ab dem Erfassungsjahr 2018 immer dokumentiert werden, wenn die Leistung durch einen Vertragsarzt belegärztlich im Krankenhaus erbracht wurde. Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Status des Leistungserbringers“ wird entsprechend angepasst.

Das entsprechende Exportfeld wird in pseudonymisierter Form bis zur Bundesauswertungsstelle übermittelt.

Datenfelder zur laufenden Nummer einer Prozedur

Die Datenfeldbezeichnungen und die Ausfüllhinweise der Datenfelder zur Angabe der laufenden Nummer werden konkretisiert, sodass sich diese nicht nur auf die Dokumentation mehrerer Prozeduren während eines Aufenthaltes (bei stationär durchgeführten Prozeduren), sondern auch auf die Dokumentation mehrerer Prozeduren innerhalb eines Behandlungsfalls (bei ambulant durchgeführten Prozeduren) beziehen. Der Bezug zum Behandlungstag bei ambulanten Prozeduren wird durch die Angabe des Behandlungsfalls ersetzt, da ein Behandlungsfall mehr als einen Behandlungstag umfassen kann.

Die Anpassung der Terminologie erfolgt mit Blick auf die quartalsweise Abrechnungssystematik im ambulanten Sektor. Die die Dokumentation auslösende EBM-Ziffer ist grundsätzlich nur einmal im Quartal abrechenbar und stellt damit einen Behandlungsfall dar (auch wenn die Behandlung an mehreren Behandlungstagen stattfand, d. h., wenn mehr als eine PCI/Koronarangiographie in einem Quartal durchgeführt wurde).

Die entsprechenden Datenfelder werden wie folgt angepasst:

- Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?
- Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?

- Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Dringlichkeit der Prozedur“

Bei Patienten, deren Symptome erstmals innerhalb der Einrichtung aufgetreten sind, ist bei der Beurteilung der Dringlichkeit der Aufnahmezeitpunkt nicht von Bedeutung. Hier soll daher der Zeitraum vom Auftreten der Symptome bis zum Prozedurbeginn herangezogen werden. Rückfragen aus Kliniken haben gezeigt, dass dies bisher nicht deutlich genug beschrieben wurde. Der Ausfüllhinweis wird daher um eine entsprechende Erläuterung ergänzt.

Erhöhung der möglichen Angaben von Diagnosen und Prozeduren

In der klinischen Praxis können im Ausnahmefall Konstellationen auftreten, in denen ein Behandlungsfall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, z. B. bei Abbruch des Eingriffs. In diesen Fällen ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren. In anderen Fällen ist das Anlegen eines Minimaldatensatzes hingegen nicht zulässig. Ob ein regulärer Datensatz oder ein Minimaldatensatz dokumentiert werden muss, steht häufig im Zusammenhang mit den kodierten ICD- und OPS-Kodes. Diese führen allerdings in der Regel nur in Kombination mit anderen Faktoren zur Dokumentation eines Minimaldatensatzes. Die ICD- und OPS-Kodes können jedoch zur Kontrolle, ob ein Minimaldatensatz oder ein regulärer Datensatz angelegt werden soll, herangezogen werden.

Laut § 137 SGB V Abs. 2 legt der G-BA in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 % für dokumentationspflichtige Datensätze fest. Die Dokumentationsrate von 100 % setzt die korrekte Dokumentation sowohl von regulären Datensätzen als auch von Minimaldatensätzen voraus. Um das Erreichen einer Dokumentationsrate von 100 % zu unterstützen, wird die Anzahl der Listenelemente der Datenfelder „Diagnosen“ und „Prozedur(en)“ erhöht, sodass zukünftig bis zu 10 OPS-Kodes pro Operation und 30 ICD-Kodes pro Behandlungsfall dokumentierbar sind. Im Datenfeld „Prozedur(en)“ sind alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs zu dokumentieren. Dies wird ab dem Erfassungsjahr 2018 in der ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes beschrieben.

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Das folgende Datenfeld wird in einzelne Ja-Leer-Felder überführt. Diese werden entsprechend nummeriert. Der Ausfüllhinweis wird angepasst.

- Besonderes Merkmal

Die Nummerierung der Datenfelder zu intraprozedural auftretenden Ereignissen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- koronarer Verschluss
- TIA/Schlaganfall
- Exitus im Herzkatheterlabor
- sonstige

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Exportmodul PCI_LKG – Information zur Sollstatistik:

Das Exportmodul PCI_LKG beinhaltet die Daten zu Perkutaner Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patienten ab 18 Jahren (wenn „Status des Leistungserbringers“ = „Krankenhaus“).

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Informationen zum Exportmodul.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium aufgenommen (Abschnitt 2.2).

Exportmodul PCI_KV – Information zur Sollstatistik:

Das Exportmodul PCI_KV beinhaltet die Daten zu Perkutaner Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patienten ab 18 Jahren (wenn „Status des Leistungserbringers“ = „Vertragsarzt“).

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Informationen zum Exportmodul.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium aufgenommen (Abschnitt 2.2).

Exportmodul PCI_SV – Information zur Sollstatistik:

Das Exportmodul PCI_SV beinhaltet die Daten zu Perkutaner Koronarintervention und Koronarangiographie bei Patienten ab 18 Jahren (wenn „Status des Leistungserbringers“ = „Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen“).

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Informationen zum Exportmodul.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium aufgenommen (Abschnitt 2.2).

3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in der Spezifikation zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

3.2 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen

Im Folgenden werden Änderungsempfehlungen für die fallbezogene QS-Dokumentation, die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beschrieben und erläutert.

3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)

QS-Filter:

Im Modul NWIF sind Behandlungsfälle sind potenzielle postoperative Wundinfektion bei Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Auslösekriterien.

Versichertenstatus

Der Versichertenstatus „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ wird als Ausschlusskriterium in den QS-Filter aufgenommen (Abschnitt 2.2).

QS-Dokumentation:

Neue Datenfelder zum Versichertenstatus

Zur Überprüfung des Ausschlusses der „Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz“ werden entsprechende Datenfelder zum Versichertenstatus eingeführt (Abschnitt 2.2). Mithilfe dieser Datenfelder wird der Export der zulässigen Angaben zusätzlich geprüft.

Die Information, ob der Versichertenstatus den Ausschlusskriterien nicht entspricht, wird über das neue Exportfeld „GKV-Versichertenstatus“ erhoben. „Versichertenart“ und „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

Neues Datenfeld „entlassender Standort“

Um die etablierte automatisierte Verarbeitung von Daten in der Kombination von Institutionskennzeichen-Nummer (IK-Nummer) und Standort – z. B. im Rahmen der Datenentgegennahme oder der Erstellung einer standortbezogenen Sollstatistik – zu ermöglichen bzw. zu unterstützen, soll das Datenfeld „entlassender Standort“ in die QS-Dokumentation aufgenommen werden. Die Vorlagen zur Sollstatistik werden hinsichtlich des Standortbezugs angepasst.

Neues Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“

Da es sich bei der fallbezogenen QS-Dokumentation des Verfahrens QS WI um ein sogenanntes langes Überliegerverfahren handelt, werden in der Spezifikation 2018 die folgenden Konstellationen durch den QS-Filter ausgelöst:

- Patienten mit Aufnahme in 2018 und Entlassung in 2018 (Erfassung in Sollstatistik 2018)
- Patienten mit Aufnahme in 2018 und Entlassung in 2019 (Erfassung in Sollstatistik 2019 als Überlieger)

Um die gelieferten Datensätze (IST) den oben genannten Konstellationen (SOLL) zuordnen zu können, soll das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ab dem Erfassungsjahr 2018 erhoben werden.

3.2.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR)

QS-Filter:

Für die Module NWIWI und NWITR gibt es für das Erfassungsjahr 2018 folgende Änderungen in den Filterkriterien.

Umgang mit Ausschlusskriterien

In der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden Patienten und dazugehörige Fälle selektiert, die den definierten Einschlusskriterien entsprechen. Liegen für einen Fall eines Patienten bestimmte Ausschlusskriterien vor, für einen anderen Fall desselben Patienten hingegen nicht, kann eine Follow-up-Betrachtung weiterhin sinnvoll sein. Ebenso ist es möglich, dass eine sinnvolle Follow-up-Betrachtung aufgrund der Ausschlusskriterien nicht erfolgen kann. Ob trotz Vorliegen von Ausschlusskriterien eine Follow-up-Betrachtung erfolgen soll, kann erst im Rahmen der Auswertung beurteilt werden. Liegen solche Konstellationen vor, müssen diese Fälle inklusive der Codes, die in den Ausschlusskriterien definiert sind, von den Krankenkassen mitgeliefert werden. Der Ausschluss auf Auswertungsebene erfolgt nach medizinisch-inhaltlicher Prüfung.

Um dies zu gewährleisten, wird eine entsprechende Definition zum Umgang mit Ausschlusskriterien auf technischer Ebene in der Spezifikation für die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen festgelegt.

Neue Einschlussprozeduren

In der OPS Version 2017 wurde im Kapitel 5-80 die Liste der Lokalisationen um Humeroradialgelenk (sechste Stelle „s“) und Ellenbogengelenk n.n.bez. (sechste Stelle „t“) erweitert. Somit können die Operationen 5-801.b** (Knorpeltransplantation), 5-801.g** (Knorpelglättung, mechanisch) und 5-801.k** (Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation) jetzt für diese Lokalisationen spezifisch abgebildet werden.

Die folgenden OPS-Kodes sollen daher als Einschlusskriterien in den Filter für die Module NWIWI und NWITR aufgenommen werden:

- **5-801.bs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.bt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.gs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroradialgelenk
- **5-801.gt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.ks:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Humeroradialgelenk

- **5-801.kt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.

Der OPS-Kode 5-807.- Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke wird 2017 an der fünften Stelle um die Lokalisation Ellenbogengelenk und an der sechsten Stelle um die Verfahren Plastik des medialen Kapselbandapparates (5-807.72) und Plastik des lateralen Kapselbandapparates (5-807.73) erweitert, die jetzt abgebildet werden können.

Die folgenden OPS-Kodes sollen daher als Einschlusskriterien in den Filter für die Module NWIM und NWITR aufgenommen werden:

- **5-807.72:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des medialen Kapselbandapparates
- **5-807.73:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates

Die Ergänzung dieser Codes wird sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen. Die Anpassung der ambulanten Filterliste erfolgt vorbehaltlich einer entsprechenden Aktualisierung des Leistungskataloges zum Ambulanten Operieren nach § 115 b (AOP-Katalog).

Löschen von Einschlussprozeduren

Folgende OPS-Kodierungen sollen aus der Liste der Einschlussprozeduren der Module NWIM und NWITR entfernt werden, da neurochirurgische Eingriffe nicht Bestandteil des Verfahrens sind.

- **5-026.40:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 1 Clip
- **5-026.41:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 2 Clips
- **5-026.42:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 3 Clips
- **5-026.43:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 4 Clips
- **5-026.44:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 5 Clips
- **5-026.45:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 6 oder mehr Clips

Die Löschung dieser Codes wird für die stationäre Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen.

3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)

QS-Filter:

Für die Module NWIEA und NWIES gibt es für das Erfassungsjahr 2018 folgende Änderungen in den Filterkriterien.

Alter am Aufnahmetag bzw. am Behandlungstag

Es werden redaktionelle Änderungen am Algorithmus in Textform vorgenommen. Beispielsweise wird der Einschluss „Alter am Aufnahmetag \geq 18“ im ambulanten Bereich in „Alter am Behandlungstag \geq 18 Jahre“ umbenannt.

Analog zu den Einschlusskriterien der Module NWIWI und NWITR der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden die folgenden OPS-Kodes aufgenommen.

- **5-801.bs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.bt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.gs:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroradialgelenk
- **5-801.gt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-801.ks:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Humeroradialgelenk
- **5-801.kt:** Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.
- **5-807.72:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des medialen Kapselbandapparates
- **5-807.73:** Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates

Die Ergänzung dieser Kodes wird sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen. Die Anpassung der ambulanten Filterliste erfolgt vorbehaltlich einer entsprechenden Aktualisierung des Leistungskataloges zum Ambulanten Operieren nach § 115 b (AOP-Katalog).

Löschen von Einschlussprozeduren

Analog zu den Einschlusskriterien der Module NWIWI und NWITR der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen werden die folgenden OPS-Kodes zur Streichung empfohlen.

- **5-026.40:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 1 Clip

- **5-026.41:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 2 Clips
- **5-026.42:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 3 Clips
- **5-026.43:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 4 Clips
- **5-026.44:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 5 Clips
- **5-026.45:** Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Anzahl der Clips an intrakraniellen Blutgefäßen: 6 oder mehr Clips

Die Löschung dieser Codes wird für die stationäre Filterliste „Tracer-Eingriffe und postoperative Wundinfektionen“ empfohlen.

QS-Dokumentation:

Für die Module NWIEA und NWIES gibt es folgende redaktionelle Änderungen in der QS-Dokumentation.

Exportfelder „lebenslange Arztnummer“ und „Nebenbetriebsstättennummer“

In den Erforderlichkeitstabellen für die Module NWIEA und NWIES werden Fußnoten ergänzt, um klarzustellen, dass die Angaben im Datenfeld „lebenslange Arztnummer“ (LANR) sowie „Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) im Rahmen des Datenflusses bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben und somit nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden.

Anpassung der Ausfüllhinweise

In der ursprünglichen Konzeption waren in den Dokumentationsbögen abschnittsbezogen erläuterte Informationen in Form von eingebetteten Zwischenüberschriften vorgesehen. Aufgrund der technischen Strukturen der Dokumentationsbögen, in Folge derer bei der bisherigen Umsetzung im Regelbetrieb diese Informationen nicht enthalten waren, sollen diese nunmehr aufgenommen und in die einzelnen Ausfüllhinweise integriert werden. Hierdurch wird beispielsweise der Zusammenhang des richtlinienkonformen Begriffs der "Einrichtung" für belegärztliche Leistungen, Medizinische Versorgungszentren oder Gemeinschaftspraxen konkretisiert.

Umformulierungen von Datenfeldbezeichnungen

Zur besseren Verständlichkeit werden einige Datenfelder im redaktionellen Sinne umformuliert. Diese Anpassungen stellen keine inhaltlichen Änderungen dar.¹

Redaktionelle Änderungen werden im Modul NWIES in Form folgender Datenfeldbezeichnungen umgesetzt:

- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Rasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?

¹ Die Änderungen werden im Vergleich zum *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Spezifikation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation in Verfahren 2 (QS WI) der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für das Erfassungsjahr 2017* vom 15. Dezember 2016 aufgezeigt und sind bereits für das Erfassungsjahr 2017 vorgesehen.

- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?
- Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?
- Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z. B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?
- Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?

Weitere redaktionelle Änderungen werden im Modul NWIEA in Form folgender Datenfeldbezeichnungen umgesetzt:

- Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt, wenn eine Haarentfernung indiziert ist?
- Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?
- Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?²
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?

² Diese Änderung ist in der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bereits für das Erfassungsjahr 2017 vorgesehen und wird für das Erfassungsjahr 2018 ebenfalls für die Anlage II der Qesü-RL (Erforderlichkeit der Daten für QS WI) empfohlen.

- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z. B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?
- Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystr. 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-319
TELEFAX (0228) 997799-550
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 31.03.2017
GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0876**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 5a SGB V - Änderung der Richtlinie
zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung
der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2018**

BEZUG Ihr Schreiben vom 02.03.2017

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

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V danke ich Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

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