

# 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 2019

Vom 21. Juni 2018

### Inhalt

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

## **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**

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**

#### **§ 16 Datenannahmestelle**

##### Zu Absatz 5

Die Anpassung des Verweises ergibt sich aus der Umstrukturierung von Teil 1 § 9 Qesü-RL, die im Rahmen der Beschlussfassung des G-BA über die Regelungen zur Finanzierung der Strukturen auf Landesebene vom 16. Februar 2017 erfolgt ist.

### **Zu Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen**

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

##### **Anlage II: Erforderlichkeit der Daten**

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2019 des IQTIG (**Anlage 2**) aufgeführt.

#### **Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen**

##### **Anlage II: Erforderlichkeit der Daten**

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2019 des IQTIG (**Anlage 2**) 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 361.035 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 397.533 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

#### 4.      **Verfahrensablauf**

Am **25. Januar 2018** begann die AG Qesü-RL mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In zwei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung am 7. März 2018 beraten (s. untenstehende **Tabelle**).

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
25. Januar 2018	AG-Sitzung	Beratung Beschlussentwurf
6. März 2018	AG-Sitzung	Beratung Beschlussentwurf
7. März 2018	Unterausschuss QS	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
12. April 2018	AG-Sitzung	Abschließende Beratung Beschlussentwurf
2. Mai 2018	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
21. Juni 2018	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 sowie gemäß § 92 Abs. 7f SGB V dem Robert Koch-Institut (RKI) 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 **7. März 2018** wurden das Stellungnahmeverfahren am **12. März 2018** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am **10. April 2018**.

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum **5. April 2018** vor (**Anlage 4**) Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom **12. April 2018** mitgeteilt, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 5**).

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **12. April 2018** vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am **2. Mai 2018** durchgeführt (**Anlage 6**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie das Robert Koch-Institut wurden mit Schreiben vom **12. März 2018** zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom **12. April 2018** mitgeteilt, an der Anhörung nicht teilzunehmen.

#### 5.      **Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2018 beschlossen, die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

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: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2019 zu QS-Verfahren nach Qesü-RL. Abschlussbericht: Erläuterungen (Stand: 16. März 2018)
- Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über die Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nebst versandten Tragenden Gründen
- Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts vom 5. April 2018
- Anlage 5: Schreiben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 12. April 2017
- Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Berlin, den 21. Juni 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderungen zum Erfassungsjahr 2019**

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**

Zunächst ist festzustellen, dass sich hinsichtlich der fallbezogenen QS-Dokumentation im „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ durch die Streichung einer Reihe von ICD- und OPS-Kodes eine Verringerung des Dokumentationsaufwandes ergibt, da für diese Fälle keine QS-Dokumentation mehr ausgelöst wird. Bislang wurden die Bürokratiekosten für die fallbezogene Dokumentation in diesem Modul auf 311.860 Euro jährlich geschätzt. Es wird geschätzt, dass sich die Zahl der ausgelösten Fälle durch die Streichung von ICD- und OPS-Kodes um rund ein Viertel reduziert, so dass sich auch die jährlichen Bürokratiekosten dieser Dokumentation um geschätzt 77.965 Euro auf 233.895 Euro reduzieren.

Die nachstehende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die weiteren Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie über die in den einzelnen QS-Verfahren anfallenden Fallzahlen. 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 Felder einerseits und bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die QS automatisch befüllbare Felder andererseits 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:

- Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2019 zu QS-Verfahren nach Qesü-RL. Abschlussbericht: Erläuterungen. Stand 23.02.2018
- Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2019 zu QS-Verfahren nach Qesü-RL. Abschlussbericht: Dokumente. Stand 01.03.2018

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	-	1 (in rd. 10% der Fälle)	-1	30.000	-30.000
Einrichtungsbezogene Dokumentation ambulante Einrichtungen NWIEA	1	-	1	5.281	5.281
Einrichtungsbezogene Dokumentation stationäre Einrichtungen NWIES	-	-	-	-	-
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI	2	1 (in rd. 10% der Fälle)	+1	880.000	1.672.000
					1.647.280

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 (53,30 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 0,2665 Euro.

Aus den in Tabelle 1 dargestellten Änderungen ergibt sich eine Zunahme der jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringer um 439.000 Euro (0,2665 Euro x 1.647.280). Hiervon entfallen rund 397.085 Euro auf Krankenhäuser und 41.915 Euro auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

## 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
<b>Gesamt</b>		<b>48</b>

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
<b>Gesamt</b>		<b>7.458,4</b>

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (53,30 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 397.533 Euro (53,30 Euro x 7.458,4 h). Hiervon entfallen 241.342 Euro (53,30 Euro/h x 4.528 h) auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, 156.190 Euro (53,30 Euro/h x 2.930,4 h) auf die Krankenhäuser.

### Zusammenfassung

Insgesamt ergeben sich aus den geplanten Änderungen somit die folgenden Mehr- bzw. Minderaufwände:

Änderung	Jährliche Bürokratiekosten, Krankenhäuser	Einmalige Bürokratiekosten, Krankenhäuser	Jährliche Bürokratiekosten, Vertragsärzte	Einmalige Bürokratiekosten, Vertragsärzte
Streichung von ICD- und OPS-Kodes im Modul NWIF	-77.965 Euro	-	-	-
Änderungen bzgl. einzelner neuer bzw. entfallender Datenfelder	+397.085 Euro	-	+41.915 Euro	-

Anlage 1 der Tragenden Gründe

Änderungen in den Ausfüllhinweisen	-	156.190 Euro	-	241.342 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>319.120 Euro</b>	<b>156.190 Euro</b>	<b>41.915 Euro</b>	<b>241.342 Euro</b>

Insgesamt entstehen für Leistungserbringer jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 361.035 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 397.533 Euro.





Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2019 zu QS-Verfahren nach Qesü-RL**

Abschlussbericht: Erläuterungen

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 16. März 2018

---

## Impressum

**Thema:**

Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2019 zu QS-Verfahren nach Qesü-RL.  
Abschlussbericht: Erläuterungen

**Ansprechpartnerin:**

Claudia Ammann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Januar 2018, korrigierte Fassung vom 16. März 2018

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	6
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	8
2.1 Feedbackkey.....	8
2.2 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung .....	8
2.3 Redaktionelle Änderungen .....	9
3 Modulspezifische Empfehlungen .....	10
3.1 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie .....	10
3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI).....	10
3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI) .....	11
3.2 Modulspezifische Empfehlungen für das Modul Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen .....	11
3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) .....	11
3.2.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR).....	16
3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES).....	17
Literatur.....	23

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach Qesü-RL.....	6
Tabelle 2: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2019.....	7

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BSNR	Betriebsstättennummer
CDC	Center for Disease Control and Prevention
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ELISA	heterogener Enzym-Immunoassay ( <i>enzyme-linked immuno sorbent assay</i> )
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IKNR	Institutionskennzeichen
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
NBSNR	Nebenbetriebsstättennummer
NRZ	Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention ( <i>percutaneous coronary intervention</i> )
PCR	Polymerase-Kettenreaktion ( <i>polymerase chain reaction</i> )
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>

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
VRE	Vancomycin-resistenter Enterococcus

# 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)<sup>1</sup>. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2019<sup>2</sup> 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"> <li>▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)</li> <li>▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR)</li> <li>▪ Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)</li> </ul>
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)</li> <li>▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)</li> </ul>

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

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

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 15. Juni 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2018

<sup>2</sup> Das Erfassungsjahr ist in der Spezifikation definiert als das Jahr der Aufnahme bzw. der Behandlung der Patientin / des Patienten, auf die / den sich die Auslösung einer fall- oder einrichtungsbezogenen Dokumentationspflicht bezieht.

## 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. Es 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 2019 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

*Tabelle 2: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2019*

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2019 V01	Juni 2018	finale Version
2019 V02	September 2018	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2019 V03	November 2018	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Aktualisierung von EBM-Kodes, Fehlerkorrekturen)
2019 V04	bei Bedarf	Patches

In Anlehnung an diese Releaseplanung werden Veröffentlichungstermine im Juni 2018 sowie im November 2018 für die Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Die Releaseplanung der Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird nach weiterer Abstimmung mit Verfahrensteilnehmern (z. B. Softwareherstellern, Datenannahmestellen) auf Grundlage der Erfahrungswerte bisheriger Erfassungsjahre festgelegt.

## 2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2019 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.

### 2.1 Feedbackkey

Die Arbeitsgruppe (AG) Qesü-RL hat in ihrer Sitzung vom 5. Dezember 2017 entschieden, dass Passwörter für die Rückmeldeberichte in die Erforderlichkeitstabellen für das Erfassungsjahr 2019 aufgenommen werden sollen. Das Feld „Feedbackkey“ wird daher in die folgenden Erforderlichkeitstabellen integriert:

- Verfahren 1: *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie*
  - QS-Dokumentation beim Leistungserbringer
- Verfahren 2: *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen*
  - Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
  - Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Stationäre Einrichtungen)
  - Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Ambulante Einrichtungen)

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

Die Identifizierung der Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (GKV-Versicherte), 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. Zur weiteren Identifizierung von GKV-Versicherten wurden die Datenfelder „Versichertenart“ und „besonderer Personenkreis“ in der Spezifikation 2018 eingeführt.

Am 20. Juni 2017 hat die AG Qesü-RL des G-BA bestätigt, dass es sich unabhängig von der Versichertenart um GKV-Versicherte handelt, wenn kein besonderer Personenkreis vorliegt.

Da somit das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ für die Identifizierung der GKV-Versicherten ausreichend ist, kann das Datenfeld „Versichertenart“ für das Erfassungsjahr 2019 in den Modulen PCI und NWIF gestrichen werden.

Des Weiteren wird die Streichung des Datenfeldes „Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor“ empfohlen. Die eGK-Versichertennummer wird bereits bei der Auslösung durch den QS-Filter auf Vorhandensein und das korrekte Format geprüft und muss daher bei jedem ausgelösten Fall vorliegen.



### **Umbenennung von Exportfeldern in den Erforderlichkeitstabellen**

Es erfolgt eine Umbenennung der Exportfelder, die nur bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, übermittelt werden. Der Begriff „GKV-Patienten“ wird durch den Begriff „GKV-Versicherte“ ersetzt, da dieser in der Sitzung der AG Qesü-RL vom 30. Mai 2017 als korrekter Begriff festgelegt wurde.

## **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 beispielsweise um folgende Änderungen.

- Alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen werden um ein Jahr erhöht.
- Es werden Korrekturen an Ausfüllhinweisen und an ergänzenden Bezeichnungen vorgenommen. Einige Beispiele sind im Folgenden benannt:
  - Im Modul PCI wird im Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Fibrinolyse vor der Prozedur“ die bisherige Referenzierung auf den Qualitätsindikator „Door-to-Ballon“ gestrichen, da diese Angabe veraltet und nicht mehr relevant ist.
  - Im Modul PCI wird im Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Dosis-Flächen-Produkt“ der Begriff „Lävografie“ in „Lävokardiografie“ korrigiert.
  - Im Modul PCI wird der Hinweis, dass im Datenfeld „applizierte Kontrastmittelmenge“ die tatsächlich applizierte Kontrastmittelmenge gemeint ist und nicht die angebrochene Kontrastmittelmenge, in die ergänzende Bezeichnung verschoben.

## 3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2019, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Hierbei wird auf die Änderungen bei der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation („QS-Filter“ und „QS-Dokumentation“) und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen („QS-Filter“) eingegangen.

### 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 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2019 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

##### QS-Dokumentation:

##### Neue Datenfelder zur Erfassung der Körpergröße und des Körpergewichts

Für die Qualitätsindikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt und zur Kontrastmittelmenge soll ab dem Erfassungsjahr 2019 eine Risikoadjustierung anhand des Body-Mass-Index (BMI) erfolgen. Hierzu ist die Erfassung der Körpergröße und des Körpergewichts erforderlich. Folgende Datenfelder werden daher zur Neueinführung empfohlen:

- „Körpergröße“
- „Körpergröße unbekannt“
- „Körpergewicht“
- „Körpergewicht unbekannt“

##### Datenfeld „objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung)“

Aufgrund des Widerspruchs zwischen Datenfeldbezeichnung und ergänzender Bezeichnung bezüglich der Belastung kam es bisher häufig zu Missverständnissen bei den Dokumentierenden. In der ergänzenden Bezeichnung wird darauf hingewiesen, dass bei nicht belastbaren Patientinnen und Patienten der Befund ohne Belastung gilt. Daher wird der Klammervermerk „(bei Belastung)“ aus der Datenfeldbeschreibung entfernt.

### **Ausfüllhinweise der Datenfelder „Dosis-Flächen-Produkt“ und „applizierte Kontrastmittelmenge“**

Bisher war dem Ausfüllhinweis zu entnehmen, dass durchgeführte Koronarangiografien, Lävokardiografien und Aortografien bei der Berechnung einzuschließen sind. Zur Präzisierung werden die Ausfüllhinweise um weitere Verfahren ergänzt, die bei der Berechnung der zu dokumentierenden Werte zu berücksichtigen sind. Hierbei werden die intrakoronare Druck(draht)-messung (Fraktionelle Flussreserve, FFR) und der intravaskuläre Ultraschall der Koronargefäße (IVUS) benannt.

#### **3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)**

Für das Erfassungsjahr 2019 gibt es folgende Änderungen in der Spezifikation zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

##### **Erweiterung der Lieferzeiträume um zwei Lieferquartale**

Die Lieferzeiträume müssen so definiert sein, dass die Datenübermittlung rechtzeitig erfolgt und somit in der jeweiligen Auswertung berücksichtigt werden kann.

Bisher wurde die rechtzeitige Übermittlung des Todesdatums hierbei nicht berücksichtigt. Dieses wird jedoch zur Berechnung des Qualitätsindikators „1-Jahres-Überleben bei PCI“ benötigt. Da der Versichertenstatus der Patientin / des Patienten den Zeitpunkt des Vorliegens der Angabe beeinflusst, liegt diese ggf. erst zeitverzögert im Datenbestand der Krankenkassen vor. Daher ist eine Erweiterung der Lieferzeiträume um zwei weitere Lieferzeitquartale (im Juli und im Oktober) erforderlich.

Um das Todesdatum bereits für frühere Auswertungen berücksichtigen zu können, wird für die Spezifikation 2019 empfohlen, neben dem Jahr 2019 auch die Jahre 2017 und 2018 entsprechend zu berücksichtigen.

### **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 mit potenzieller postoperativer Wundinfektion bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2019 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

##### **Streichung von ICD- und OPS-Kodes**

Der Filteralgorithmus im Modul NWIF beinhaltet ICD- und OPS-Kodes, die häufig in Zusammenhang mit einer postoperativen Wundinfektion kodiert werden. Da dieser Zusammenhang bei

den folgenden Codes nur selten besteht, werden diese zur Streichung empfohlen. Dies führt zu einer Verringerung des Dokumentationsaufwandes, da für diese Fälle keine QS-Dokumentation mehr ausgelöst wird.

■ **Tabelle NWI\_ICD**

- D73.3 (Abszess der Milz)
- I30.1 (Infektiöse Perikarditis)
- I38 (Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet)
- I40.0 (Infektiöse Myokarditis)
- K61.1 und K61.2 (Rektalabszess und Anorektalabszess)
- K83.0 (Cholangitis)
- K85.91 (Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation)
- M72.80 bis M72.88 (Sonstige Fibromatosen)
- M96.80 (Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff)
- N41.2 (Prostataabszess)
- N73.2 (Nicht näher bezeichnete Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes)
- N75.1 (Bartholin-Abszess)
- N76.4 (Abszess der Vulva)
- N76.80 (Fournier-Gangrän bei der Frau)

■ **Tabelle NWI\_ICD\_Z**

- I77.6 (Arteriitis, nicht näher bezeichnet)
- N30.8 (Sonstige Zystitis)
- N41.8 und N41.9 (Sonstige entzündliche Krankheiten der Prostata und Entzündliche Krankheit der Prostata, nicht näher bezeichnet)
- N49.0, N49.1 und N49.9 (Entzündliche Krankheiten der Vesicula seminalis, Entzündliche Krankheiten des Funiculus spermaticus, der Tunica vaginalis testis und des Ductus deferens und Entzündliche Krankheit eines nicht näher bezeichneten männlichen Genitalorgans)
- N73.9 (Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet)
- N76.0 und N76.2 (Akute Kolpitis und Akute Vulvitis)

■ **Tabelle NWI\_ICD\_HD\_Z**

- N70.9 (Salpingitis und Oophoritis, nicht näher bezeichnet)

Aufgrund dieser Streichung entfällt die Tabelle NWI\_ICD\_HD\_Z. Der Algorithmus wird entsprechend angepasst.

■ **Tabelle NWI\_OPS**

- 5-894.06 bis 5-894.0g (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut)
- 5-895.06 bis 5-895.0g (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut)

**Neue ICD-Kodes**

In der Tabelle NWI\_ICD\_ZB sind bisher nur ICD-Kodes aus dem Kapitel „Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind“ enthalten. Da diese Codes nur einen Teil der Erreger abbilden, anhand derer eine Wundinfektion identifiziert werden kann, soll die Liste um folgende Codes ergänzt werden:

- U80.- (Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern)
- U81.- (Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern)
- U82.- (Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erstrangmedikamente))

Die Suffixe (z. B. \*, +, !) sind in der Spezifikation nicht enthalten, werden jedoch berücksichtigt.

**QS-Dokumentation:****Neuer übergeordneter Ausfüllhinweis**

Da das Verfahren QS WI über verschiedene Erfassungsinstrumente abgebildet wird, die im Rahmen der Auswertung auf eine andere Weise als in bisher bestehenden Verfahren zusammengeführt werden, ist die Funktionsweise dieses Verfahrens für alle Leistungserbringer neu.

Um die Verständlichkeit des Verfahrens zu erhöhen, soll daher ein übergeordneter Ausfüllhinweis eingeführt werden. Hierbei wird beispielsweise erläutert, welche Informationen nicht über die QS-Dokumentation gewonnen, sondern über die Sozialdaten bei den Krankenkassen übermittelt werden.

**Datenfeld „Liegt eine Infektion in einem (früheren) OP-Gebiet vor (postoperative Wundinfektion/Surgical Site Infection)?“**

Bei diesem Datenfeld wurde die Frage nach dem (früheren) OP-Gebiet von vielen Leistungserbringern zu stark als Fragestellung nach dem zeitlichen Zusammenhang interpretiert. Auch war nicht immer klar, dass die Tracer-Operation sowohl in einem früheren stationären Aufenthalt als auch in einer früheren ambulanten Behandlung oder im aktuellen Krankenhausaufenthalt durchgeführt worden sein kann.

Um klarer herauszustellen, dass sich die Frage auf eine in diesem stationären Aufenthalt vorliegende postoperative Wundinfektion bezieht und nicht auf den Zeitpunkt des ihr vorangegangenen Tracer-Eingriffs oder die Einrichtung, die diesen Eingriff durchgeführt hat, soll das Datenfeld wie folgt umbenannt werden:

- „Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion (Surgical Site Infection) vor?“

Aus der neuen Bogenfeldbezeichnung geht außerdem hervor, dass die Infektion zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Bogens noch vorliegen oder schon ausgeheilt sein kann.

Der Ausfüllhinweis wird in seiner Reihenfolge dahingehend angepasst, dass zunächst die postoperative Wundinfektion (Surgical Site Infection) und der Begriff des Wund-/OP-Gebietes

beschrieben wird. Es wird ein neuer Abschnitt eingefügt, um zu erläutern, wann dieses Datenfeld mit „nein“ bzw. mit „ja“ beantwortet werden soll.

Beispielsweise darf dieses Feld mit „nein“ beantwortet werden, wenn in den letzten 4 Monaten keine Operation stattgefunden hat. Bei Operationen, die nicht über das Kapitel 5 (5-01...5-99) „Operationen“ des OPS-Katalogs kodiert werden, darf hier ebenfalls „nein“ angegeben werden. Dies gilt auch für nicht operative therapeutische Maßnahmen (Kapitel 8 OPS-Katalog), endoskopische Operationen (außer nach laparoskopischen Operationen) und Operationen durch natürliche Körperöffnungen, (Stanz-)Biopsien, Blasenkatheter, ZVK-Anlage, peripheren Zugang und Port. Das Datenfeld darf ebenfalls mit „nein“ beantwortet werden, wenn eine Operation stattgefunden hat oder es unklar ist, ob eine Operation stattgefunden hat, aber keine postoperative Wundinfektion (Surgical Site Infection) vorliegt.

Wir das Feld mit „nein“ beantwortet, kann der Dokumentationsbogen direkt abgeschlossen werden.

Wenn eine postoperative Wundinfektion (Surgical Site Infection) vorliegt, ist das Feld mit „ja“ zu beantworten, wobei sich diese Beurteilung auf ein ärztliches Urteil gründet, das in der Patientenakte dokumentiert sein muss. Gemeint sind postoperative Wundinfektionen, die sich aufgrund einer Operation entwickelt haben, die während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde oder die während eines vorangegangenen ambulanten oder stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde, unabhängig davon, ob die Operation im eigenen Haus erbracht wurde. Die Definition der postoperativen Wundinfektion gilt analog den KISS-Definitionen des NRZ (NRZ/RKI 2017), wobei der nosokomiale Aspekt einer postoperativen Wundinfektion erst durch die Bundesauswertungsstelle nach patientenbezogener Verknüpfung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen berücksichtigt wird.

#### **Datenfeld „Datum der Diagnose der Wundinfektion“**

Da sich die hier abgefragte Datumsangabe auf die Stellung der Diagnose einer postoperativen Wundinfektion bezieht, soll das Datenfeld wie folgt umbenannt werden:

- „Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion“

Im Ausfüllhinweis wurde bereits beschrieben, dass hier das Datum aus der Patientenakte des aktuellen Krankenhausaufenthalts einzutragen ist. Bestand die Wundinfektion bei Aufnahme, so ist das Aufnahmedatum anzugeben. Um dies ab dem Erfassungsjahr 2019 noch deutlicher hervorzuheben, soll zusätzlich in der ergänzenden Bezeichnung darauf hingewiesen werden, dass das Datum entsprechend dem Eintrag in der Patientenakte erfolgen soll, hierbei jedoch frühestens das Aufnahmedatum anzugeben ist.

Liegen mehrere postoperative Wundinfektionen vor, soll das früheste Diagnosedatum derjenigen postoperativen Wundinfektion angegeben werden, die im Verlauf die größte Wundinfektionstiefe entwickelt hat. Der Ausfüllhinweis wird diesbezüglich ergänzt.

**Datenfeld „Wundinfektionstiefe“**

Die ergänzende Bezeichnung und der Ausfüllhinweis haben zuvor auf die Definitionen des Surveillance-System des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) verwiesen, die jedoch zum 1. Januar 2017 von den neuen überarbeiteten Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) abgelöst wurden (NRZ/RKI 2017). Diese KISS-Definitionen wurden für das Verfahren QS WI modifiziert, da es einige Unterschiede in der Funktionsweise der Surveillance des NRZ und der Qualitätssicherung im Verfahren QS WI gibt. Bisher war es beispielsweise nicht möglich, die Fälle zu identifizieren, bei denen sowohl eine Infektion als auch eine Sepsis vorlag. Eine aufgetretene Sepsis ist jedoch ein gravierendes Ereignis für die Patientin / den Patienten und sollte entsprechend erfasst werden können. Daher werden die Schlüsselwerte A2 und A3 wie folgt differenziert:

- „A2 – postoperative, tiefe Wundinfektion“
- „A2 mit sekundärer Sepsis“
- „A3 – Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet“
- „A3 mit sekundärer Sepsis“

Über einen Querverweis im Ausfüllhinweis können die modifizierten KISS-Definitionen als Anhang aufgerufen werden. In der ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes wird ebenfalls darauf verwiesen.

**Datenfeld „Wurde eine postoperative, mikrobiologische Untersuchung aus dem (früheren) OP-/Wundgebiet durchgeführt?“**

Auch in diesem Datenfeld wurde die Frage nach dem (früheren) OP-/Wundgebiet von vielen Leistungserbringern zu stark als Fragestellung nach dem zeitlichen Zusammenhang interpretiert. Ziel der Frage war es jedoch zu ermitteln, ob eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt wurde, die sich auf die möglicherweise vorliegende postoperative Wundinfektion bezieht und somit im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung durchgeführt wurde. Die Frage wird daher wie folgt umformuliert:

- „Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISS-Definitionen)?“

In der Praxis liegen Fälle vor, in denen zunächst der Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion besteht und im Rahmen der Diagnosestellung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt wird, deren Ergebnis eine postoperative Wundinfektion bestätigen oder ausschließen kann. Es kann aber auch sein, dass eine mikrobiologische Diagnostik bereits durch die vorbehandelnde Ärztin / den vorbehandelnden Arzt durchgeführt wurde. In der ergänzenden Bezeichnung wird daher darauf hingewiesen, dass dies – bei Eintrag in der Patientenakte – ebenfalls als durchgeführte mikrobiologische Diagnostik gilt.

Dieses Datenfeld musste bisher auch dann ausgefüllt werden, wenn keine postoperative Wundinfektion vorlag. Viele Leistungserbringer haben die Frage nach der mikrobiologischen Diagnos-

tik jedoch häufig mit dem tatsächlichen Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion in Verbindung gebracht. Daher kam es zu Irritationen, wenn das Datenfeld befüllt werden musste, obwohl keine postoperative Wundinfektion vorlag. Aufgrund dessen und da die Angabe in diesem Datenfeld tatsächlich nur bei Vorliegen einer postoperativen Wundinfektion von Relevanz ist, wird das Datenfeld entsprechend plausibilisiert. Das Feld muss ab dem Erfassungsjahr 2019 nur noch befüllt werden, wenn eine postoperative Wundinfektion vorliegt.

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, welche mikrobiologischen Befunde an dieser Stelle gemeint sind (z. B. PCR, ELISA) und welche nicht (z. B. Nasenabstrich auf MRSA, Rektalabstrich auf VRE).

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

#### **QS-Filter:**

Für das Modul NWIWI werden für das Erfassungsjahr 2019 folgende Anpassungen empfohlen.

Die Filterliste WI\_ZB\_ICD wird analog zur fallbezogenen QS-Dokumentation um die Kodierungen U80.- bis U82.- erweitert.

Für das Modul NWITR wird für das Erfassungsjahr 2019 keine Änderung in den Filterkriterien empfohlen.

#### **Aufnahme von Feldern zur Identifizierung von belegärztlichen Leistungen**

Laut § 10 Abs. 2 Pkt. h Teil 2 Verfahren 2 (QS WI) Qesü-RL sollen vertragsärztlich tätige Belegärztinnen und -ärzte zusätzliche Auswertungen mit der Darstellung ihrer belegärztlichen Leistungen erhalten, um diese den Krankenhäusern auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegärztin/Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung zu stellen. Da die Indexleistung im Verfahren QS WI aus der Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen erhoben wird, ist hierfür die Erhebung entsprechender Informationen aus gleicher Datenquelle erforderlich.

In der technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä) findet sich ein markantes Kriterium in der Datensatzbeschreibung Einzelfallnachweis unter der „Fallinformation“ („INF“-Segment) im Datenfeld „Behandlungsart“. Dieses unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Leistungen. Diese Unterscheidung erfolgt durch Angabe eines einstelligen numerischen Schlüssels, wobei der Schlüsselwert „1“ für ambulante und der Schlüsselwert „2“ für stationäre Leistungen angegeben wird. Es wird daher empfohlen, das folgende Datenfeld entsprechend ab der Spezifikation 2019 zu erheben:

- „Behandlungsart“

Neben der Erfassung des zuvor genannten Feldes „Behandlungsart“ wird zusätzlich die Erhebung des folgenden (in den Abrechnungsinformationen des Falls („LED“-Segment) verorteten) Feldes empfohlen:

- „NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)“



Belegärztliche Leistungen können nur auf Grundlage verschiedener Nebenbetriebsstätten verschiedenen Belegkrankenhäusern zugeordnet werden, sodass auf Bundesebene für belegärztliche Leistungen krankenhausspezifische Zusatzauswertungen, entsprechend den Vorgaben der Qesü-RL, erstellt werden können.

Aus technischen Gründen, beispielsweise im Rahmen der Leistungserbringerpseudonymisierung in der Datenannahmestelle für die Krankenkassen (DAS-KK), werden zwei weitere, aus der NBSNR berechnete, zusätzliche Informationen benötigt:

- „Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)“
- „KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR“

Anhand dieser Informationen wird die Verwendung des korrekten öffentlichen Schlüssels der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ermöglicht.

### 3.2.3 Einrichtungbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)

#### QS-Filter:

Für die Module NWIEA und NWIES gibt es für das Erfassungsjahr 2019 keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### QS-Dokumentation:

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

#### **Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?“ (NWIES)**

Bisher wurde im Ausfüllhinweis beschrieben, dass in Anlehnung an die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“ nach Krankenhausplan (Förderbescheid) als Intensivstation zählen. Da Intensivbetten jedoch nicht in allen Krankenhausplänen ausgewiesen werden, wird im Ausfüllhinweis ergänzt, dass andernfalls alle aufgestellten Intensivbetten zählen. Diese Anpassung erfolgt bereits für die Spezifikation 2018.

#### **Datenfelder zur Erhebung von Patiententagen (NWIES)**

Bisher wurde in den folgenden Datenfeldern der Begriff „Patiententage“ verwendet und im Ausfüllhinweis als Belegungstage nach diagnosebezogenen Fallgruppen (*diagnosis related groups*, DRG) auf den eingeschlossenen Stationen definiert.

Für das Erfassungsjahr 2019 wird empfohlen, direkt den Begriff „Belegungstage“ zu verwenden:

- „Wie viele Belegungstage lagen im Jahr [...] vor?“ (Feldnummer 9 und 11)

Im Ausfüllweis wird der entsprechende Absatz durch die Definition gemäß Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) ersetzt.

Diese Anpassungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

**Datenfelder mit Bezug auf Allgemeinstationen (NWIES)**

Zur besseren Verständlichkeit wird der Begriff „Allgemeinstationen“ durch den gebräuchlicheren Begriff „Normalstationen“ ersetzt.

Der neue Begriff wird in der Abschnittsüberschrift zum Händedesinfektionsmittelverbrauch sowie zugehörigen Datenfeldern ersetzt:

- „Wie viele Belegungstage lagen im Jahr 2019 auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses vor?“
- „Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Jahr 2019 auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses?“

Diese Anpassungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

**Datenfelder zu leitlinienbasierten Empfehlungen / internen Leitlinien zur perioperativen Antibiotikaphylaxe (NWIES/NWIEA)**

Das Datenfeld zum Vorliegen einer solchen Empfehlung oder Leitlinie bezieht sich auf eine im Erfassungsjahr vorliegende Leitlinie. Diese muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft getretene interne Leitlinien sollen nicht berücksichtigt werden.

Da sie dieser Regelung widersprechen, werden die Ausfüllhinweise der folgenden Datenfelder gestrichen:

- „Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert?“
- „Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?“
- „Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert?“

Diese Streichungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

**Datenfelder zur Nutzung eines Rasierers zur präoperativen Haarentfernung (NWIES/NWIEA)**

Der Begriff „Rasierer“ schließt auch elektrische Rasierer mit ein, die jedoch über das Datenfeld zur Nutzung eines Haarschneiders (Clippers) erhoben werden. Um diese Begriffe besser voneinander abzugrenzen, wird in den folgenden Datenfeldern der Begriff „Rasierer“ in „Klingenrasierer“ geändert:

- NWIES: „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenrasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?“
- NWIEA: „Nutzen Sie dazu einen Klingenrasierer?“

Diese Anpassungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

**Datenfelder zur Verwendung von Sterilgut der Klasse Kritisch C (NWIEA)**

In den Ausfüllhinweisen dieser Datenfelder wurde bisher beschrieben, dass aufgrund der hohen gesetzlichen Anforderungen an die Aufbereitung von Kritisch-C-Sterilgut eine Zertifizierung erforderlich sei.

Da die „Forderung nach einer externen Zertifizierung [jedoch] entfällt, wenn der Hersteller des Medizinproduktes konkrete Angaben zur Verwendung eines anderen bestimmten Sterilisationsverfahrens gemacht hat und die Anwendung dieses Verfahrens vor Ort hinsichtlich seiner Wirksamkeit validiert wurde“ (RKI/BfArM 2012: 1249), wird diese Ausnahme im Ausfüllhinweis der folgenden Felder ergänzt:

- „Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?“
- „Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?“

Diese Ausnahmeregelung war im Erfassungsjahr 2017 nur über den im Ausfüllhinweis referenzierten Link auf die Website [www.rki.de](http://www.rki.de) ersichtlich. Die Ergänzung des Ausfüllhinweises um eine ausführliche Beschreibung erfolgt bereits für die Spezifikation 2018.

#### **Ausfüllhinweis zur Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in der eigenen Einrichtung (NWIES/NWIEA)**

Die Frage nach der Sterilgutaufbereitung in der eigenen Einrichtung kann mit „ja (alle in der Einrichtung eingesetzten Medizinprodukte)“, „nein“ oder „teilweise“ beantwortet werden, wobei folgendes gilt:

- **ja:** Der Ort der Sterilgutaufbereitung ist die eigene Einrichtung. Die Durchführung der Sterilgutaufbereitung übernimmt die Einrichtung selbst oder ein externer Dienstleister. Daher werden bei der Antwort „ja“ auch die beiden folgenden Felder abgefragt:
  - „Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?“
  - „Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?“
- **nein:** Der Ort der Sterilgutaufbereitung ist nicht die eigene Einrichtung. Die Durchführung der Sterilgutaufbereitung übernimmt ein externer Dienstleister. Die zusätzliche Frage nach „externer Dienstleister“ und „eigene Aufbereitung“ erübrigt sich daher.
- **teilweise:** Der Ort der Sterilgutaufbereitung ist nur teilweise die eigene Einrichtung. Die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts erfolgt an einem anderen Ort durch einen externen Dienstleister. Das Sterilgut der Klasse Kritisch A und/oder der Klasse Kritisch B wird von der Einrichtung selbst aufbereitet. Die zusätzliche Frage nach „externer Dienstleister“ und „eigene Aufbereitung“ erübrigt sich daher.

Um dies zu verdeutlichen wird im Ausfüllhinweis erläutert, dass der Schlüsselwert „teilweise“ anzugeben ist, wenn ausschließlich Sterilgut der Klasse Kritisch A und/oder der Klasse Kritisch B von der Einrichtung selbst aufbereitet wird.

Bei teilweiser Sterilgutaufbereitung ist die Differenzierung zwischen „externer Dienstleister“ und „eigene Aufbereitung“ zudem nicht auswertungsrelevant.

Die Anpassung der Ausfüllhinweise erfolgt bereits für die Spezifikation 2018.

**Neues Datenfeld zur Vliesverpackung des OP-Sterilguts (NWIEA)**

Die Datenfelder zur Sterilgutverpackung werden für den Indikator „Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen“ genutzt. Da die Vliesverpackung im Dokumentationsbogen bisher nicht abgefragt wurde, wurde diese nicht berücksichtigt. Diese Verpackungsform findet allerdings in der Praxis im ambulanten Bereich Verwendung, daher soll das folgende neue Datenfeld eingefügt werden:

- „Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Vliesverpackung verpackt?“

**Datenfelder mit Bezug auf eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes (NWIES/NWIEA)**

Das Datenfeld zum Vorliegen einer solchen Arbeitsanweisung bezieht sich auf eine im Erfassungsjahr vorliegende Arbeitsanweisung. Diese muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft getretene Arbeitsanweisungen sollen nicht berücksichtigt werden.

Da sie dieser Regelung widersprechen, werden die Ausfüllhinweise der folgenden Datenfelder gestrichen:

- „Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?“
- „Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?“
- „Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?“

Diese Streichungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

**Datenfelder mit Bezug auf einen internen Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel (NWIES/NWIEA)**

Das Datenfeld zum Vorliegen eines solchen internen Standards bezieht sich auf einen im Erfassungsjahr vorliegenden internen Standard. Dieser muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft getretene Standards sollen nicht berücksichtigt werden.

Da sie dieser Regelung widersprechen, werden die Ausfüllhinweise der folgenden Datenfelder gestrichen:

- „Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?“
- „Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?“
- „Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?“
- „Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?“
- „Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?“

Diese Streichungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

### **Datenfelder zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention (NWIES/NWIEA)**

Bei den Ausfüllhinweisen zu den Datenfeldern zum Mitarbeiteranteil in Bezug auf diese Informationsveranstaltungen handelt es sich um einen übergreifenden Ausfüllhinweis, der für alle Datenfelder, in denen die Teilnahme verschiedener Berufsgruppen abgefragt wird, Verwendung findet. Das folgende Datenfeld, das ebenfalls diesen übergreifenden Ausfüllhinweis verwendet, soll für die Spezifikation 2019 konkretisiert werden:

- „Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes“

Um die Berufsgruppe dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu definieren, wird im übergreifenden Ausfüllhinweis ergänzt, dass diese alle Berufsgruppen umfasst, die gemäß Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes als solche festgelegt sind (GBE-Bund [kein Datum]):

- Apothekenpersonal
- Chemiker
- Diätassistenten
- Krankengymnasten
- Physiotherapeuten
- Logopäden
- Masseur
- Medizinisch-technische Assistenten
- Orthoptisten
- Psychologen
- Schreibkräfte im ärztlichen und medizinisch-technischen Bereich
- Sozialarbeiter

Da die Inhalte einer Informationsveranstaltung für bestimmte Berufsgruppen unterschiedlich sein können, wird die Zuordnung von Berufsgruppen zu Inhalten konkretisiert. Dies betrifft insbesondere die Beantwortung der Fragen zu folgenden Berufsgruppen:

- „Reinigungskräfte“  
Für diese Berufsgruppe ist insbesondere die Flächendesinfektion ein zusätzlicher relevanter Inhalt.
- „Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)“  
Für diese Berufsgruppe ist insbesondere die Aufbereitung von Sterilgut ein zusätzlicher relevanter Inhalt.
- „Mitarbeiter der Küche“<sup>3</sup>  
Für diese Berufsgruppe ist insbesondere die Flächendesinfektion ein zusätzlicher relevanter Inhalt.

Diese Anpassungen erfolgen bereits für die Spezifikation 2018.

---

<sup>3</sup> Dieses Datenfeld ist nur im Modul NWIES enthalten.

**Datenfeld zu Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation im internen Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement (NWIES/NWIEA)**

Dieses Datenfeld nahm bislang Bezug auf die Diagnosekriterien nach den Definitionen des Surveillance-Systems des CDC. Diese Definitionen wurden zum 1. Januar 2017 von neuen überarbeiteten KISS-Definitionen des RKI/NRZ abgelöst.

Das folgende Datenfeld wird entsprechend angepasst:

- „Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen, enthalten?“

Diese Anpassung erfolgt bereits für die Spezifikation 2018.

## Literatur

GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] ([kein Datum]): Medizinisch-technischer Dienst [*Definition*]. Bonn: DESTATIS [Statistisches Bundesamt]. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [→ Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung → Krankenhauspersonal → Definition: Medizinisch-technischer Dienst] (abgerufen am: 10.01.2018).

NRZ [Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen]; RKI [Robert Koch-Institut] (2017): Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen). Berlin: RKI. DOI: 10.17886/rkipubl-2016-013.2.

RKI [Robert Koch-Institut]; BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte] (2012): Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) [*Bekanntmachung*]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55(10): 1244-1310. DOI: 10.1007/s00103-012-1548-6.

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2019

Vom TT. Monat Jahr

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat Jahr 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 21. Dezember 2017 ( BANz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

- I. In Teil 1 §16 Absatz 5 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.
- II. In Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie wird Anlage II Buchstabe a) 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	Feedbackkey				X
2	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
3	Vorgangsnummer [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X



## 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
10	Art der Leistungserbringung	X	X	X	X
11	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X	X
12	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>1</sup>	X			X
13	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X			X
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>3</sup>	X	X	X	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 <sup>4</sup>	X			
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>5</sup>		X	X	
23	Geburtsjahr <sup>6</sup>		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpergröße</li> <li>• Körpergröße unbekannt</li> </ul>		X	X	
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpergewicht</li> <li>• Körpergewicht unbekannt</li> </ul>		X	X	
30	akutes Koronarsyndrom		X	X	X
31	stabile Angina pectoris		X	X	
32	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		X	X	

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

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

<sup>6</sup> 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
33	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
34	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
35	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
36	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X	X	
37	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	X
38	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	
39	postprozedurale Transfusion		X	X	X
40	Datum der postprozeduralen Transfusion		X	X	
41	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
42	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	
43	Entlassungsdatum	X		X	
44	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) <sup>7</sup>			X	
45	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
46	Vorgangsnummer [Prozedur]	X			X
47	Versionsnummer [Prozedur]				X
48	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X	X	X
49	Datum der Prozedur	X	X		X
50	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) <sup>8</sup>		X	X	
51	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
52	kardiogener Schock		X	X	
53	Art der Prozedur		X	X	X
54	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	X

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

<sup>8</sup> 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
55	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
56	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
57	Nierenfunktion gemessen		X	X	
58	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
59	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
60	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
61	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X
62	<ul style="list-style-type: none"> <li>• koronarer Verschluss</li> <li>• TIA/Schlaganfall</li> <li>• Exitus im Herzkatheterlabor</li> <li>• sonstige</li> </ul>		X	X	
63	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X
64	Vorgangsnummer [Koronarangiographie]	X			X
65	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
66	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
67	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X
68	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
69	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] <sup>9</sup>	X		X	X
70	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
71	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X
72	Vorgangsnummer [PCI]	X			X
73	Versionsnummer [PCI]				X
74	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X

<sup>9</sup> 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
75	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X
76	Indikation zur PCI		X	X	X
77	Ist STEMI Hauptdiagnose?		X	X	X
78	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	X
79	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCI an Hauptstamm</li> <li>• PCI an LAD</li> <li>• PCI an RCX</li> <li>• PCI an RCA</li> </ul>		X	X	
80	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X
81	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCI am kompletten Gefäßverschluss</li> <li>• PCI eines Koronarbypasses</li> <li>• PCI am ungeschützten Hauptstamm</li> <li>• PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA</li> <li>• PCI am letzten verbliebenen Gefäß</li> <li>• PCI an einer In-Stent-Stenose</li> <li>• sonstige</li> </ul>		X	X	
82	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
83	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
84	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
85	Door-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
86	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	
87	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X	X	
88	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X	X	

“

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

1. Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X	X	
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X	
7	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X	X	
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	

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

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
10	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X	X	
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
12	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X	X	
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X	X	
15	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X	X	
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedureschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X	
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
24	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
25	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
26	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X	X	
27	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
28	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X	X	
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	

<sup>5</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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



Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
30	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
31	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X	X	
32	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
33	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X	
34	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X	X	
35	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
36	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
37	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X

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

<sup>9</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
41	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
42	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart		X	X	
43	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X	X		
44	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X	X	
45	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
46	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
47	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung		X	X	
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X		X	

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
51	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X	X	
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>12</sup>	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X
54	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
55	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>	source(295s)@quelle				X
57	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X	X	X	
58	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X		X	
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>15</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
60	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>16</sup>	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X

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

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

<sup>14</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

<sup>15</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
61	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X	X		
62	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
63	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
64	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X		X	
65	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X	X	
66	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
67	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung		X	X	
68	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd		X	X	
69	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
70	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung		X	X	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
71	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X	
72	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
73	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X	X	
74	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>19</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
75	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>Administrative Daten</b>						
76	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
77	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

“

2. Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X	X	
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X	
7	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X	X	
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
10	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X	X	
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
12	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X	X	
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X	X	
15	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X	X	
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedureschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X	
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	

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



Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
24	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
25	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
26	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X	X	
27	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
28	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung		X	X	
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	

<sup>5</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
30	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
31	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek		X	X	
32	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
33	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X	
34	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X	X	
35	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
36	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
37	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X

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

<sup>9</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
41	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
42	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart		X	X	
43	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X	X		
44	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X	X	
45	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
46	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
47	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung		X	X	
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X		X	

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

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
51	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X	X	
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>12</sup>	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X
54	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
55	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>	source(295s)@quelle				X
57	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X	X	X	
58	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X		X	
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>15</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
60	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>16</sup>	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X

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

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

<sup>14</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

<sup>15</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

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

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
61	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X	X		
62	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
63	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
64	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X		X	
65	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X	X	
66	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
67	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung		X	X	
68	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd		X	X	
69	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
70	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung		X	X	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
71	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X	
72	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
73	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X	X	
74	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X		X	
75	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>19</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>Administrative Daten</b>						
77	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
78	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

“

3. Buchstabe c) wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Feedbackkey				X
2	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X

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

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (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
3	Vorgangsnummer	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>2</sup>	X	X	X	X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>3</sup>	X			X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>4</sup>	X	X	X	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 <sup>5</sup>	X	X	X	
17	Geburtsjahr <sup>6</sup>	X	X	X	
18	Geschlecht		X	X	
19	auslösende ICD-Kodes <sup>7</sup>	X	X	X	
20	auslösende OPS-Kodes <sup>8</sup>	X	X	X	
21	Wurde bei dem Patienten innerhalb der letzten 4 Monate mindestens eine Operation durchgeführt?			X	X
22	Wurde im Zusammenhang mit einer postoperativen Wundinfektion (Verdachts- oder gesicherte Diagnose) eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt?	X	X	X	
23	Liegt bzw. lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor (gemäß modifizierten KISS-Definitionen)?	X	X	X	
24	Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion	X	X	X	

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

<sup>3</sup> In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendig Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

<sup>4</sup> In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, 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.

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

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

<sup>7</sup> Diese Information wird über die vorliegenden ICD-Kodes ermittelt.

<sup>8</sup> Diese Information wird über die vorliegenden OPS-Kodes ermittelt.

Lfd. Nr.	Exportfeld <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
25	Wundinfektionstiefe nach modifizierten KISS-Definitionen	X	X	X	
26	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			X

“

4. 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 Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1.	Feedbackkey			X
2.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X
3.	Vorgangsnummer	X		X
4.	Versionsnummer			X
5.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6.	Modulbezeichnung			X
7.	Teildatensatz oder Bogen			X
8.	Dokumentationsabschlussdatum			X
9.	Status des Leistungserbringers			X
10.	Gelten für die belegärztlichen stationären Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
11.	Institutionskennzeichen	X	X	X
12.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
13.	Nebenbetriebsstättennummer <sup>1</sup>	X	X	X
14.	lebenslange Arztnummer <sup>2</sup>	X	X	X
15.	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Erfassungsjahr in Ihrem gesamten Krankenhaus?		X	X

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

<sup>2</sup> 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
16.	Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?			X
17.	Wie viele Belegungstage lagen im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	X
18.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?		X	X
19.	Wie viele Belegungstage lagen im Erfassungsjahr auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	X
20.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses?		X	X
21.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?		X	
22.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
23.	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
24.	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
25.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in stationären Einrichtungen]		X	
26.	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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
27.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses?		X	
28.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	
29.	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	
30.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	
31.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
32.	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 stationären Einrichtungen]		X	
33.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
34.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
35.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
36.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
37.	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
38.	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		X	
39.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?		X	X
40.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
41.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
42.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?		X	X
43.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?		X	X
44.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?		X	X
45.	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	
46.	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
50.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
51.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
52.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
53.	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	
54.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
55.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
56.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	
57.	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
58.	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
59.	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
60.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OPFeldes]		X	
61.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission?		X	
62.	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
63.	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
64.	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
65.	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
66.	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		X	
67.	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
68.	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
69.	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	
70.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
71.	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	
72.	Daten wurden nicht erhoben		X	X
73.	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/ einem E-Learning-Programm zur Thematik		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
	„Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?			
74.	Ärzte		X	
75.	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer		X	
76.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
77.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
78.	medizinische Fachangestellte		X	
79.	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
80.	Reinigungskräfte		X	
81.	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
82.	Mitarbeiter der Küche		X	
83.	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden		X	X
84.	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	
85.	Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?		X	
86.	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
87.	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
88.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
89.	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS- Definitionen, enthalten?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
90.	Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
91.	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	
92.	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion?		X	
93.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?		X	
94.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandwechsels durchgeführt?		X	
95.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?		X	
96.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
97.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
98.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?			
99.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
100.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	
101.	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

“

5. Buchstabe e) wird wie folgt gefasst:

**„e) einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation  
(Ambulante Einrichtungen)**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1.	Feedbackkey			X
2.	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrierkode)			X
3.	Vorgangsnummer	X		X
4.	Versionsnummer			X
5.	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6.	Modulbezeichnung			X
7.	Teildatensatz oder Bogen			X
8.	Dokumentationsabschlussdatum			X
9.	Status des Leistungserbringers	X		X
10.	Grundlage der Leistungserbringung	X		X
11.	Betreiben Sie einen eigenen OP?	X		X



Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12.	Gelten für die ermächtigten vertragsärztlichen Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
13.	Institutionskennzeichen	X	X	X
14.	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
15.	Nebenbetriebsstättennummer <sup>1</sup>	X	X	X
16.	lebenslange Arztnummer <sup>2</sup>	X	X	X
17.	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?		X	X
18.	Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?		X	X
19.	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?		X	X
20.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe?		X	
21.	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaphylaxe thematisiert?		X	
24.	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen]		X	
25.	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des		X	

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

<sup>2</sup> 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 Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in ambulanten Einrichtungen]			
26.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
27.	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung 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 Ihrer Einrichtung 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 ambulanten 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 Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
32.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
33.	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
34.	Nutzen Sie dazu einen Klingenasierer?		X	
35.	Nutzen Sie dazu eine Schere?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
36.	Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)?		X	
37.	Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme?		X	
38.	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		X	
39.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?		X	X
40.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
41.	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
42.	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X
43.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?		X	X
44.	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?		X	X
45.	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	
46.	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
47.	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?		X	
48.	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
49.	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
50.	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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungs- identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe- rechnung	Technische und anwendungs- bezogene Gründe
51.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?		X	X
52.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?		X	X
53.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?		X	X
54.	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Vliesverpackung verpackt?		X	X
55.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
56.	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
57.	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
58.	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	
59.	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
60.	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
61.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	
62.	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
63.	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
64.	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
65.	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
66.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?		X	
67.	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?		X	
68.	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
69.	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
70.	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
71.	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		X	
72.	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
73.	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
74.	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	
75.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?		X	
76.	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	
77.	Daten wurden nicht erhoben			X
78.	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?			
79.	Ärzte		X	
80.	examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer		X	
81.	examinierte Krankenpfleger, Pflegeassistenten oder Pflegehelfer nicht vorhanden		X	X
82.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
83.	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
84.	medizinische Fachangestellte		X	
85.	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
86.	Reinigungskräfte		X	
87.	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
88.	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	
89.	Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?		X	
90.	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
91.	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
92.	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
93.	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen, enthalten?			
94.	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)?		X	
95.	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	
96.	Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandswechsels durchgeführt?		X	
97.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
98.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
99.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
100.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
101.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
102.	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

“

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat Jahr

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2019**

Vom TT. Monat Jahr

Stand: 12.03.2018

### **Inhalt**

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

## 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

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

#### § 16 Datenannahmestelle

##### Zu Absatz 5

Die Anpassung des Verweises ergibt sich aus der Umstrukturierung von Teil 1 § 9 Qesü-RL, die im Rahmen der Beschlussfassung des G-BA über die Regelungen zur Finanzierung der Strukturen auf Landesebene vom 16. Februar 2017 erfolgt ist.

### Zu Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

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

##### Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2019 des IQTIG (**Anlage 1**) aufgeführt.

#### Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

##### Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2019 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 2.

#### 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
25. Januar 2018	AG-Sitzung	Abschließende Beratung
<b>T. Monat JJJJ</b>	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>T. Monat JJJJ</b>	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme(n) und ggf. Anhörung
<b>T. Monat JJJJ</b>	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 Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der stellungnahmeberechtigten Organisation/en (vgl. **Anlage X**) 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: Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2019 zu QS-Verfahren nach Qesü-RL. Abschlussbericht: Erläuterungen (Stand: 15. Januar 2018)

Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

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

Anlage X

Berlin, den TT. Monat Jahr

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Der Präsident

Robert Koch-Institut | Postfach 650261 | 13302 Berlin

Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystr. 8  
10623 Berlin

per E-Mail

**Stellungnahme gemäß § 92 Abs. 7f SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2019**

**Berichterstatter: Marc Thanheiser (WA)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zum „Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2019“.

Vorab möchten wir auf die aktualisierte Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ hinweisen, welche in der Aprilausgabe des Bundesgesundheitsblattes enthalten ist.

Dort ist aufgeführt „Die Identifikation einer SSI in Hinblick auf therapeutische Konsequenzen ist eine diagnostische ärztliche Aufgabe. Für Surveillancezwecke kann sie auf der Basis der *CDC- bzw. KISS-Definitionen* an geschultes nicht-ärztliches Personal delegiert werden“. Im Beschlussentwurf wird auf Seite 24 unter lfd. Nr. 23 und 25 auf „modifizierte KISS-Definitionen“ verwiesen. Letztere Formulierung sollte im Sinne einer Harmonisierung an die Formulierung der KRINKO-Empfehlung angepasst werden.

Ansonsten haben wir zu den vorgeschlagenen Änderungen keine Anmerkungen.

Folgende Anmerkungen zu anderen Punkten der Richtlinie:

Auf Seite 27 unter lfd. Nr. 34 – 36 sowie auf Seite 35 unter lfd. Nr. 33 wird auf die Haarentfernung *am OP-Tag* eingegangen. Gemäß o.g. KRINKO-Empfehlung kann der Zeitpunkt für das Kürzen mittels Clipping unter arbeitsorganisatorischen

05.04.2018

Unser Zeichen:  
1.04.03/0005#0008-FG14

Ihr Zeichen  
Hau

Ihre Nachricht vom  
12.03.2018

Robert Koch-Institut  
leitung@rki.de  
Tel.: +49 (0)30 18754-2000  
Fax: +49 (0)30 1810754-2610  
www.rki.de

Besucheranschrift:  
Nordufer 20  
13353 Berlin

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



Gesichtspunkten gewählt werden. Wir empfehlen deshalb eine Angleichung an die KRINKO-Empfehlung.

Auf Seite 28 unter lfd. Nr. 38 sowie auf Seite 36 unter lfd. Nr. 38 könnte vor dem Wort „steriler“ noch „keimarm und“ eingefügt werden. Die dortige Anforderung, eine schriftliche Risikoeinstufung von sterilen Medizinprodukten durchzuführen, muss ebenfalls erfolgen für semikritische Medizinprodukte die ggf. außerhalb des Operationsfeldes bzw. der Operationswunde eingesetzt werden.

Mit freundlichen Grüßen



L. H. Wieler





Die Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

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

TELEFON (0228) 997799-1303  
TELEFAX (0228) 997799-5550  
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick  
INTERNET [www.datenschutz.bund.de](http://www.datenschutz.bund.de)

DATUM Bonn, 12.04.2018  
GESCHÄFTSZ. 13-315/072#0921

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  
für das Erfassungsjahr 2019**

BEZUG Ihr Schreiben vom 12.03.2018

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.

**Auswertung der Stellungnahmen  
gemäß § 91 Abs. 5a SGB V und § 92 Abs. 7f SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden  
Qualitätssicherung**



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V und § 92 Abs. 7f SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

## **Inhalt**

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

### **I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen**

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Robert Koch-Institut (RKI)	5. April 2018	Stellungnahme

### **Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen**

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 12. April 2018 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 2. Mai 2018 durchgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V und § 92 Abs. 7f SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 2. Mai 2018) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	RKI / 5. April 2018	<p>Vorab möchten wir auf die aktualisierte Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ hinweisen, welche in der Aprilausgabe des Bundesgesundheitsblattes enthalten ist.</p> <p>Dort ist aufgeführt „Die Identifikation einer SSI in Hinblick auf therapeutische Konsequenzen ist eine diagnostische ärztliche Aufgabe. Für Surveillancezwecke kann sie auf der Basis der CDC- bzw. KISS-Definitionen an geschultes nicht-ärztliches Personal delegiert werden“. Im Beschlussentwurf wird auf Seite 24 unter lfd. Nr. 23 und 25 auf „modifizierte KISS-Definitionen“ verwiesen. Letztere Formulierung sollte im Sinne einer Harmonisierung an die Formulierung der KRINKO-Empfehlung angepasst werden.</p>	<p><i>„Die Bezeichnung „modifizierte KISS-Definitionen“ wurde für die Dokumentation im Bogen NWIF gewählt, da die KISS-Definitionen postoperative nosokomiale Infektionen definieren. Entscheidendes Kriterium zur Definition von postoperativen nosokomialen Wundinfektionen ist die Zeit bis zur Diagnose der Wundinfektion – nämlich 30 bzw. 90 Tage. Außerdem werden nach den KISS-Definitionen solche Infektionen, die in den ersten 48 Stunden eines Krankenhausaufenthaltes auftreten, nicht als nosokomiale Infektionen definiert.</i></p> <p><i>Für die fallbezogene QS-Dokumentation empfiehlt das IQTIG, die KISS-Definitionen so zu modifizieren, dass insbesondere diese zeitbezogenen Aspekte nicht berücksichtigt werden. Im Krankenhaus sollen postoperative Wundinfektionen zunächst weitgehend unabhängig vom Zeitpunkt der vorangegangenen Operation dokumentiert werden. Darüber hinaus ist es für das QS-Verfahren QS WI außerdem nicht notwendig, dass Infektionen, die innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme entstehen, ausgeschlossen werden, da in diesem QS-Verfahren eine Verknüpfung zu Operationen aus vorangegangenen Krankenhausaufenthalten im selben oder in einem anderen Krankenhaus, erfolgen kann.</i></p> <p><i>Ob eine Infektion nach der Definition der Qesü-Richtlinie als nosokomial gilt oder nicht, wird im QS-Verfahren QS WI erst über die Verknüpfung einer erfassten Wundinfektion mit der</i></p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V und § 92 Abs. 7f SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

			<i>vorangegangenen Operation ermittelt. Diese Verknüpfung erfolgt über die Zusammenführung der Datensätze aus den Krankenhäusern mit den Datensätzen aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen.“</i>
2.	RKI / 5. April 2018	Auf Seite 27 unter lfd. Nr. 34 – 36 sowie auf Seite 35 unter lfd. Nr. 33 wird auf die Haarentfernung <i>am OP-Tag</i> eingegangen. Gemäß o.g. KRINKO-Empfehlung kann der Zeitpunkt für das Kürzen mittels Clipping unter arbeitsorganisatorischen Gesichtspunkten gewählt werden. Wir empfehlen deshalb eine Angleichung an die KRINKO-Empfehlung.	Anmerkung des RKI steht nicht im Widerspruch zu dem Erfassungs- und Auswertungskonzept des Verfahrens QS WI, daher keine Änderung erforderlich.
3.	RKI / 5. April 2018	Auf Seite 28 unter lfd. Nr. 38 sowie auf Seite 36 unter lfd. Nr. 38 könnte vor dem Wort „steriler“ noch „keimarm und“ eingefügt werden. Die dortige Anforderung, eine schriftliche Risikoeinstufung von sterilen Medizinprodukten durchzuführen, muss ebenfalls erfolgen für semikritische Medizinprodukte die ggf. außerhalb des Operationsfeldes bzw. der Operationswunde eingesetzt werden.	Aktuelle Erfassung kann beibehalten werden, eine ggf. erforderliche Weiterentwicklung wird mit dem sektorenübergreifenden Expertengremium auf Bundesebene geprüft.

## II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V und § 92 Abs. 7f SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	12. April 2018	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

### III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 12. März 2018 eingeladen

<b>Organisation</b>	<b>Einladung zur Anhörung angenommen</b>	<b>An Anhörung teilgenommen:</b>
Robert Koch-Institut (RKI)	nein	nein
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	nein	nein