

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH- RL): Anpassungen zum Erfassungsjahr 2020

Vom 20. Juni 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Zu den Regelungen im Einzelnen:.....	2
4.	Bürokratiekostenermittlung	4
5.	Verfahrensablauf	4
6.	Fazit	5
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	5

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser. Auf dieser Rechtsgrundlage hat der G-BA die Richtlinie gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL) beschlossen. Diese wird vorliegend geändert.

Gegenstand der Änderungen sind im Wesentlichen Änderungen in Bezug auf die herzchirurgischen und transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche, die in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt werden. Darüber hinaus werden die Regelungen zu den Rechenregeln ergänzt und eine Liste der Qualitätsindikatoren zu den Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL mit aufgenommen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Im Eckpunktebeschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung vom 21. Juli 2016 hat sich der G-BA auf einheitliche Rahmenbedingungen zur Umsetzung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung geeinigt. In der Folge trat mit Beschluss vom 19. Juli 2018 eine neue Rahmenrichtlinie (DeQS-RL) zum 1. Januar 2019 in Kraft, unter deren Dach die bestehenden datengestützten Verfahren zur sektorspezifischen (QSKH-RL) und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) sukzessive überführt werden sollen. In diesem Rahmen geht der Leistungsbereich Nierentransplantation der QSKH-RL zum 1. Januar 2020 in das QS-Verfahren QS-NET der DeQS-RL über. Auch die so genannten Index- oder Ersteingriffe der übrigen transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche fallen ab dem 1. Januar 2020 unter den neuen Regelungsbereich der DeQS-RL. Im Regelungsbereich der QSKH-RL verbleibt vorerst die Erhebung des Follow-up der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche. Dies betrifft das Follow-up nach einem, zwei und drei Jahren für Indexeingriffe, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt wurden.

3. Zu den Regelungen im Einzelnen:

§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 stellt sicher, dass das Transplantationsregister entsprechend den Vorgaben des Transplantationsgesetzes und der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen die zu Zwecken der Qualitätssicherung erhobenen Daten verarbeiten kann.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche sowie Erstellung und Übersendung von Auswertungen

Zu Absatz 1

Unter Rechenregeln werden alle Festlegungen verstanden, die notwendig sind, um aus gegebenen Qualitätssicherungsdaten das Ergebnis eines Qualitätsindikators zu berechnen.

Dies sind Regeln für die Bestimmung der Grundgesamtheit inklusive Zeitbezug und die Berechnung des Ergebnisses eines Indikators, einschließlich seines Referenzbereiches. Ist der Indikator risikoadjustiert oder als Zusammenfassung mehrerer Einzelparameter definiert (Index), so handelt es sich um komplexe Rechenregeln bzw. Rechenmodelle. Beinhaltet die Darstellung unterschiedlicher Indikatorergebnisse die Angabe statistischer Signifikanzen, so umfassen die Rechenregeln auch die zugrundeliegenden statistischen Verfahren.

Gemäß § 18 sind themenspezifische Informationen insbesondere bei Aspekten der Referenzwerte und der Risikoadjustierung durch Hinzuziehen der jeweiligen medizinischen Expertinnen und Experten auf Bundesebene einzuholen. Darüber hinaus können auch themenunabhängig Expertinnen und Experten z. B. zu mathematisch-statistischen Fragestellungen gemäß § 18 der Richtlinie hinzugezogen werden.

Zu Absatz 2

Die Rechenregeln werden prospektiv veröffentlicht, d. h. bevor die Datenerfassung beginnt. Dies soll dazu beitragen, das Verfahren fair und transparent zu gestalten. Spätere Abweichungen der endgültigen Rechenregeln von den prospektiv festgelegten Regeln und Referenzbereichen werden vom IQTIG begründet.

Die endgültigen Rechenregeln veröffentlicht das IQTIG am 15. April des Jahres der Auswertung. Falls Änderungen an den Rechenregeln noch nach diesem Datum notwendig sind (insbesondere die Korrektur von Fehlern im Einzelfall, die u. U. erst im Verlauf der Erstellung der Bundesauswertung deutlich werden), werden diese durch das IQTIG nachträglich veröffentlicht.

§ 14 Verantwortliches Gremium

Zu Absatz 1

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Satz 1.

§ 19 Datenschutz und Schweigepflicht

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Satz 1.

§ 23 Nachweise

Zu Absatz 3

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Satz 3.

§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche

Zu Absatz 1

Die Streichungen in § 24 Absatz 1 stellen redaktionelle Folgeänderungen dar, die sich aufgrund des Wechsels der Indexeingriffe der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche und der Überführung der herzchirurgischen Leistungsbereiche unter den neuen Regelungsbereich der DeQS-RL ergeben.

Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2020

Die Aufzählung der einbezogenen Leistungen in der Qualitätssicherung des Jahres 2020 wird angepasst. Die Indexeingriffe der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche wechseln unter den neuen Regelungsbereich der DeQS-RL. Die Änderungen stellen klar, dass das Follow-up für Indexeingriffe aus den Jahren 2017 bis 2019 unter dem Regelungsbereich der QSKH-RL verbleibt.

Zum Anhang 1 der Anlage 1 (Indikatorenlisten)

In dem neuen Anhang 1 der Anlage 1 werden die Qualitätsindikatoren zur QSKH-RL aufgelistet.

Zum Anhang 2 der Anlage 1 (Erforderlichkeitstabellen)

Die Erklärungen zu den neu gefassten Tabellen im Anhang 2 der Anlage 1 sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2020 des IQTIG (**Anlage 2**) aufgeführt.

4. 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 360.623 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 675.332 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

5. Verfahrensablauf

Am 4. Oktober 2018 begann die AG Externe stationäre QS (AG EsQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. Ab Januar 2019 wurde die Beratung in der Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) fortgeführt. Der Beschlussentwurf wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) zu seiner Sitzung am 6. März 2019 vorgelegt.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
4. Oktober 2018	AG EsQS	Beginn der Beratungen
12. Oktober 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
14. November 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
28. November 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
12. Dezember 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
8. Januar 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf
22. Januar 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf
13. Februar 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf, Tragende Gründe
6. März 2019	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
11. April 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf, Tragende Gründe
30. April 2019	AG DeQS	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
8. Mai 2019	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
20. Juni 2019	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. März 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 21. März 2019 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 18. April 2019.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 26. April 2019 nicht fristgerecht mit, keine Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 30. April 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. Mai 2019 durchgeführt.

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

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

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: IQTIG: Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL. Erläuterungen.

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 4: Schreiben des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 26. April 2019

Berlin, den 20. Juni 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Anpassungen zum Erfassungsjahr 2020

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.

Leistungserbringer im vorliegenden Zusammenhang sind nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die im Rahmen der QSKH-RL dokumentationspflichtige Leistungen erbringen.

Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten Krankenhausstandorte) dient der Qualitätsreport 2017.

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

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die von der externen stationären Qualitätssicherung umfassten Leistungsbereiche aktualisiert sowie weitere Änderungen in der QSKH-RL vorgenommen. In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Nach § 4 Abs. 1 QSKH-RL sind die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, die definierten Leistungsbereiche entsprechend den näheren Vorgaben in den Anlagen der Richtlinie zu dokumentieren.

Bislang sind in der QSKH-RL die Leistungsbereiche Herzchirurgie (HCH) und Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM), Leberlebendspende (LLS) und Leberlebendspende Follow-up (LLSFU), Lebertransplantation (LTX) und Lebertransplantation Follow-up (LTXFU), Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) und Lungen- und Herz-Lungentransplantation Follow-up (LUTXFU), Nierenlebendspende (NLS) und Nierenlebendspende Follow-up (NLSFU), Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation (PNTX) und Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up (PNTXFU) etabliert. Diese werden nun von der QSKH-RL in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt. Im Rahmen der Änderung der QSKH-RL entstehen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer diesbezüglich keine Bürokratiekosten. Die mit der Überarbeitung der jeweiligen Leistungsbereiche einhergehenden Bürokratiekosten werden im Rahmen der Änderung der DeQS-RL geschätzt.

Die nachstehende Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die entsprechenden Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie über die in den einzelnen Leistungsbereichen anfallenden Fallzahlen. Die Fallzahlen je Leistungsbereich sind dem Qualitätsreport 2017 entnommen. Aufgeführt sind nur jene Leistungsbereiche, deren Dokumentationsvorgaben eine Veränderung erfahren. Zudem enthält die Übersicht lediglich solche Datenfelder, welche manuell zu dokumentieren sind. Aufgrund unterschiedlicher auf dem Markt befindlicher Softwarelösungen ist eine Unterscheidung in manuell einzugebende Bogenfelder einerseits sowie bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die QS automatisch befüllbare Bogenfelder andererseits nicht in allen Fällen trennscharf 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.

Als Datenfelder, welche regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Ausleitung der Daten aus dem Krankenhausinformationssystem-KIS) und welche somit nicht in der nachstehenden Zählung enthalten sind, wurden solche Datenfelder gezählt, die zu Abrechnungszwecken bzw. zur DRG-Weiterentwicklung an die gesetzlichen Krankenkassen (gemäß § 301 SGB V) bzw. das InEK (gemäß § 21 KHEntgG) übermittelt werden. Neben den ebenfalls immer automatisch aus dem KIS ausgeleiteten Institutionskennzeichen und der Versichertennummer sind dies bspw. die Fachabteilung, das Geburtsdatum, Geschlecht, Aufnahme datum, Aufnahme gewicht (bei Kleinkindern mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr), Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Entlassungsdatum, Entlassungsgrund, Haupt- und Sekundärdiagnosen (ICD-Kodes).

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

- Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL. Abschlussbericht: Erläuterungen, Stand: 20.02.2019
- Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL. Abschlussbericht: Dokumente, Stand: 20.02.2019

Tabelle 1: Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Manuell zu befüllende Datenfelder: neu	Manuell zu befüllende Datenfelder: wegfallend	Saldo Datenfelder	Fallzahl pro Verfahren 2016	Gesamtzahl manuell zu befüllende Datenfelder (Saldo)
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	1	2	-1	77.370	-77.370
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	2	0	2	11.421	22.843
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	1	2	-1	25.846	-25.846
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	1	0	1	8.598	8.598
Karotis-Revaskularisation (10/2)	9	2	7	33.499	234.493
Gynäkologische Operationen (15/1)	1	0	1	190.105	190.105
Geburtshilfe (16/1)	4	5	-1	761.481	-761.481

Leistungsbereich	Manuell zu befüllende Datenfelder: neu	Manuell zu befüllende Datenfelder: wegfallend	Saldo Datenfelder	Fallzahl pro Verfahren 2016	Gesamtzahl manuell zu befüllende Datenfelder (Saldo)
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	1	0	1	60.343	60.343
Mammachirurgie (18/1)	7	0	7	108.009	756.063
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	1	0	1	257.065	257.065
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	1	0	1	186.935	186.935
Neonatologie (NEO)	6	4	2	110.245	220.490
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	1	0	1	280.945	280.945
Gesamt					1.353.182

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 somit ein hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) voraussetzt. Der Zeitaufwand, der für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes notwendig ist, wird im Schnitt auf 0,3 Minuten¹ geschätzt. Hieraus ergeben sich im Durchschnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 0,2665 Euro.

Für das Erfassungsjahr 2020 steigt die Anzahl der zu dokumentierenden Datenfelder. Insbesondere in den Leistungsbereichen Karotis-Revaskularisation und Mammachirurgie wurden neue Datenfelder in den Dokumentationsbogen aufgenommen. Zudem ergibt sich in der Mehrheit der Leistungsbereiche die Notwendigkeit der manuellen Dokumentation der neunstelligen Standortkennzeichen, da diese nicht automatisiert übernommen werden können.

Damit ergibt sich aus den oben dargestellten Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben einen Anstieg der jährlichen Bürokratiekosten um 360.623 Euro (1.353.182 x 0,2665 Euro).

2. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

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

¹ 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.

Tabelle 2: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

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

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

Tabelle 3: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

Leistungsbereich	KH-Standorte 2016 je Verfahren	Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH in h
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	1.102	881,60
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	957	765,60
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (09/3)	923	738,40
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	763	610,40
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	687	549,60
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation (09/6)	615	492,00
Karotis-Revaskularisation (10/2)	663	530,40
Gynäkologische Operationen (15/1)	1.119	895,20
Geburtshilfe (16/1)	718	574,40
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	1.216	972,80
Mammachirurgie (18/1)	888	710,40
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	1.787	1.429,60
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	1.277	1.021,60
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	1.116	892,80
Neonatologie (NEO)	570	456,00
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	1.437	1.149,60
Zeitaufwand gesamt in h		12.670,4

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 12.670 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 675.332 Euro (53,30 Euro x 12.670,4 h).

Darüber hinaus ergeben sich aus den geänderten EDV-technischen Vorgaben notwendige Softwareanpassungen in den Krankenhäusern. Dieser Mehraufwand ist jedoch nicht sicher kalkulierbar und hängt von den einzelnen verwendeten Softwareprodukten sowie den zugrundeliegenden Vertragsbedingungen ab. Er wird daher nicht in die Endsumme der Bürokratiekosten eingerechnet. Eine standardisierte Softwareaktualisierung in einem Krankenhaus bringt durchschnittlich einen Aufwand von zwei Manntagen mit sich. Die damit verbundenen Kosten belaufen sich auf 852,80 Euro (2 x 8h x 53,30 Euro).

Zusammenfassung

Durch die Auslagerung und Überführung der einzelnen Leistungsbereiche aus der QSKH-RL in die themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL entstehen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer keine weiteren Bürokratiekosten.

Aus den Änderungen der QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2020 entstehen den Leistungserbringern jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 360.623 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 675.332 Euro.

Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben	360.623	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		675.332



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL

Erläuterungen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 20. Februar 2019

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL.
Erläuterungen

Ansprechpartnerin:

Claudia Ammann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

10. Januar 2019, korrigierte Fassung vom 20. Februar 2019

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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	8
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	12
2.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen.....	12
2.1.1 Daten für die Fallidentifikation	13
2.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung.....	14
2.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung.....	14
2.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	15
2.2 Eindeutige Vorgangsnummern	15
2.3 Standortangaben.....	16
2.4 Datenfeld „Geschlecht“.....	18
2.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“	18
2.6 Redaktionelle Änderungen	18
3 Modulspezifische Empfehlungen	21
3.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)	21
3.2 Herzschrittmacher-Implantation (09/1).....	21
3.3 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2).....	23
3.4 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	23
3.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)	25
3.6 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5).....	26
3.7 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	26
3.8 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	27
3.9 Gynäkologische Operationen (15/1).....	28
3.10 Geburtshilfe (16/1).....	31
3.11 Neonatologie (NEO)	33
3.12 Mammachirurgie (18/1).....	38
3.13 Dekubitusprophylaxe (DEK)	40

3.14	Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1).....	41
3.15	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1).....	42
3.16	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	42
3.17	Knieendoprothesenversorgung (KEP).....	43
3.18	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU).....	43
3.19	Übergreifende Empfehlungen für die Follow-up-Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXFU, LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTXFU), zur Leber- und Nierenlebendspende (LLSFU, NLSFU) und zur Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTXFU)	45
4	Releaseplanung	48
	Literatur.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Module der bestehenden QS-Verfahren nach QSKH-RL	10
Tabelle 2:	Histologieschlüssel nur Nutzung in Qualitätsindikatoren (Modul 15/1).....	29
Tabelle 3:	Histologieschlüssel nur Nutzung in der Basisauswertung (Modul 15/1)	30
Tabelle 4:	Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2020	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Indexeingriffe und Follow-up-Erhebungen (1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) am Beispiel der Module LTX und LTXFU	46
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
AG-IT	Arbeitsgruppe der Abteilung Informationstechnologie des IQTIG
AK	Auffälligkeitskriterium
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASA	American Society of Anesthesiologists
AV-Block	atrioventrikulärer Block
BPD	bronchopulmonale Dysplasie
BTS	Bradykardie-Tachykardie-Syndrom
CPAP	Maskenbeatmung (<i>continuous positive airway pressure</i>)
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher (<i>cardiac resynchronization therapy pacemaker</i>)
CSS	Karotis-Sinus-Syndrom (<i>carotid sinus syndrome</i>)
DCIS	duktales Carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ECMO	extrakorporaler Membranoxygenation (<i>extracorporeal membrane oxygenation</i>)
EDV	elektronische Datenverarbeitung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
FU	Follow-up
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GUID	Globally Unique Identifier
HER2	Human epidermal growth factor receptor 2
HFNC	High-Flow-Nasenkanüle (<i>high flow nasal cannulae</i>)
HFO	Hochfrequenz-Oszillation (<i>high frequency oscillation</i>)

Abkürzung	Bedeutung
HIE	hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICD	implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (<i>implantable cardioverter-defibrillator</i>)
ID	Identifikationsnummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
IVH	intraventrikuläre Hämorrhagie
Ki	Kiel
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
MRT	Magnetresonanztomographie
NEK	nekrotisierende Enterokolitis
NIV	nicht invasive Beatmung (<i>noninvasive ventilation</i>)
O / E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PVH	periventrikuläre Hämorrhagie
PVL	periventrikuläre Leukomalazie
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QS NET	QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
ROP	Frühgeborenenretinopathie (<i>retinopathy of prematurity</i>)
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SIRS	systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (<i>systemic inflammatory response syndrome</i>)
SS	Schwangerschaft

Abkürzung	Bedeutung
SSS	Sinusknotensyndrom (Sick-Sinus-Syndrom)
TAD	Targeted Axillary Dissection
VST	Vertrauensstelle
VVI	Ventrikel Ventrikel Inhibiert (Einkammer-Herzschrittmacher, der nur in der Herzkammer (Ventrikel) wahrnimmt und stimuliert)
VVS	vasovagales Syndrom

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik) und die automatisierte Erstellung von Basisinformationen für eine spezifische Zielpopulation auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten beim Leistungserbringer (Risikostatistik).

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Zielsetzung und Zielgruppe

Die Basisspezifikation ist ein komplexes Regelwerk, das mithilfe verschiedener Komponenten verbindliche Grundlagen für alle Prozesse im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von QS-Daten bei den unterschiedlichen Verfahrensteilnehmern (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) vorgibt und beschreibt. Die Komponenten der Spezifikation sind daher so ausgestaltet, dass sie von QS- und/oder IT-/EDV-Expertinnen und -Experten verstanden werden. Die Spezifikation richtet sich ausschließlich an diesen Teilnehmerkreis. Die Regelung und die Art der Darlegung der Spezifikationskomponenten sind auf eine möglichst automatisierte Nutzung durch diesen Personenkreis ausgerichtet.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die einen Vergleich der Qualität von erbrachten Leistungen zum Ziel haben, stellen eine Reihe von Anforderungen an die Datenerhebung, Datenerfassung und Plausibilitätsprüfung, um valide, reliable und vergleichbare Daten gewinnen zu können. Die Erfassung und Plausibilitätsprüfung durch unterschiedliche Softwareumsetzungen beinhaltet grundsätzlich die Gefahr einer Verzerrung der Daten. Die Vorgaben der Spezifikation, die eine einheitliche Festlegung von Datenfeldbeschreibungen, Plausibilitätsregeln, Grundsätzen der Benutzerschnittstellengestaltung und Datenübermittlungsformaten umfassen, sollen dazu dienen, dieser Gefahr entgegenzuwirken. Dadurch werden die Erhebung valider und vergleichbarer Daten sowie ein unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten sicherer Datenfluss gewährleistet.

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Damit soll erreicht werden, dass alle Leistungserbringer die Komponenten korrekt anwenden und Dokumentationspflichten erkennen sowie Klarheit darüber besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind einzuhalten. Die Art der Umsetzung kann jedoch individuell auf

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019.
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 08.01.2019).

die Zielgruppen der Software ausgerichtet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die verfahrensspezifische Zurverfügungstellung und Erläuterung der generischen technischen Fehlermeldungen. Da beispielsweise die Fehlermeldungstexte der administrativen Prüfungen allgemein formuliert sind, können Verfahrensteilnehmer (Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) die Meldungstexte so konkretisieren, dass sie für den Empfänger (insbesondere für Ärztinnen und Ärzte) für den individuellen Fall verständlich sind. Diese Fehlermeldungen sind nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikationsempfehlungen.

Auf der Website des IQTIG stehen Informationen für Endanwender zu den einzelnen Verfahren und zur Erleichterung der Dokumentation bereit. Zu Letzterem gehören die Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise und Anwenderinformationen. Diese Dokumente, die sich an Leistungserbringer richten, die Anwender der QS-Software sind (z. B. Ärztinnen oder Ärzte), sind unter Berücksichtigung verschiedener Anforderungen möglichst anwenderorientiert und verständlich formuliert. Neben der Verständlichkeit werden beispielsweise auch Aspekte wie Einheitlichkeit, technische Umsetzbarkeit und Aufwand bei Verfahrensteilnehmern berücksichtigt. Ist gemäß Beauftragung durch den G-BA eine Spezifikation auf Grundlage eines Abschlussberichtes des AQUA-Instituts zu erstellen, werden die Texte der Spezifikation im Regelfall aus diesem Bericht übernommen. Verständlichkeit und Anwenderorientierung entsprechen in diesem Fall den Vorgaben des AQUA-Instituts.

Die Basisspezifikation beinhaltet neben Vorgaben für die Verfahren zur externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL auch Vorgaben zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)². Damit werden mit niedergelassenen Leistungserbringern, ambulant am Krankenhaus erbrachten Eingriffen, Krankenkassen und neuen Datenannahmestellen weitere Beteiligte und Leistungen in die gesetzliche Qualitätssicherung einbezogen.

Die Spezifikation richtet sich an alle beteiligten Leistungserbringer und die von ihnen beauftragten Softwarehersteller, unabhängig vom Versorgungssektor oder vom Abrechnungskontext der Leistungserbringung.

Spezifikation für die QS-Verfahren nach QSKH-RL

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2020³ empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach QSKH-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen der Verfahren resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellen erstellt. Diese

² Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 03.01.2019).

³ 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.

stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

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

Modulname	Modulbezeichnung
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation
10/2	Karotis-Revaskularisation
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
NEO	Neonatologie
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
HTXFU	Follow-up Herztransplantation
LUTXFU	Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation
LTXFU	Follow-up Lebertransplantation
LLSFU	Follow-up Leberlebendspende
NLSFU	Follow-up Nierenlebendspende
PNTXFU	Follow-up Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-) transplantation

Da das IQTIG zur Erstellung der Spezifikationsempfehlungen ausreichend Vorlaufzeit und Planungssicherheit benötigt, können die aktuellen Beratungen aus den Gremien des G-BA nur bis zu einem definierten Stichtag in der vorliegenden Empfehlung berücksichtigt werden. Um die Spezifikationsempfehlungen zum Abgabetermin am 10. Januar 2019 finalisieren zu können, hat das IQTIG den Stichtag auf Freitag, den 23. November 2018, festgelegt.

Zum Zeitpunkt des Stichtags lagen beispielsweise noch keine finalen Entscheidungen zum weiteren Vorgehen in Bezug auf Standortkennzeichen (Abschnitt 2.3) und bezüglich einer Übergangslösung zur Erhebung von Follow-up-Daten in den Leistungsbereichen der Transplantationsmedizin (Abschnitt 3.19) vor.

Die Beratung wurde in den Sitzungen der AG DeQS-RL am 12. und am 13. Februar 2019 abgeschlossen. Die Beratungsergebnisse wurden in der vorliegenden korrigierten Fassung der Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL berücksichtigt.

2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.



Hinweis zu richtlinienübergreifenden Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen zur Spezifikation werden in den Gremien des G-BA beraten und konsentiert. Da die im Folgenden beschriebenen Empfehlungen zu Modulen der Basispezifikation richtlinienübergreifend vorgenommen werden, ist eine Beratung in allen betroffenen Gremien erforderlich.

2.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen

In den aktuellen Richtlinien des G-BA werden die Verwendungszwecke von Datenfeldern in die folgenden vier Kategorien aufgeteilt:

- Daten für die Fallidentifikation
- Datenfelder für die Indikatorberechnung
- Datenfelder für die Basisauswertung
- technische und anwendungsbezogenen Gründe

Im Rahmen der Verfahrenspflege hat sich gezeigt, dass diese vier Kategorien einer genaueren Definition bedürfen. In bestimmten Fällen war nicht immer eindeutig, welche Kategorie für welchen Verwendungszweck genutzt werden sollte. Beispielsweise waren für Datenfelder, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs, zur Risikoadjustierung oder im Rahmen von Kennzahlen genutzt werden sollen, die Kategorien unklar. Auch hat sich gezeigt, dass viele Kreuze nach Übergabe vom AQUA-Institut an das IQTIG nicht immer nachvollzogen werden konnten.

Seit der Spezifikation 2017 hat das IQTIG in mehrstufigen Prüfverfahren alle Datenfelder, die ausschließlich für die „Basisauswertung“ in der Spezifikation vorgesehen sind, auf ihre Erforderlichkeit vor dem Hintergrund des Gebots der Datensparsamkeit (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V) geprüft. Datenfelder, die keinem relevanten Verwendungszweck zugeordnet werden können, werden nicht durch das IQTIG erhoben. In diesem Zusammenhang ist die korrekte Zuordnung von Datenfeldern zu den vier Kategorien von besonderer Relevanz.

Für das Erfassungsjahr 2020 hat das IQTIG daher folgende Definitionen für die vier Kategorien festgelegt und die Erforderlichkeitstabellen entsprechend überarbeitet. Diese Überarbeitung betrifft beispielsweise folgende Punkte:

- Sämtliche Verwendungszwecke in den Erforderlichkeitstabellen wurden anhand der neuen Kriterien auf Korrektheit geprüft.⁴

⁴ Da das berechnete Ersatzfeld „Wochentag 1 – 7“ lediglich in den Modulen zur Orthopädie und Unfallchirurgie verwendet wird, wird es in allen anderen Modulen übergreifend gestrichen.

- Alle Erforderlichkeitstabellen wurden auf Vollzähligkeit geprüft.⁵
- Überschriften und Fußnoten wurden auf inhaltliche Korrektheit geprüft.⁶
- Sich daraus ergebende Anpassungen wurden identifiziert und vorgenommen. Diese werden im Änderungsmodus dargestellt.

Da sich die Erforderlichkeitstabellen immer auf ein zukünftiges Erfassungsjahr beziehen, sind im Folgenden auch geplante Verwendungszwecke (z. B. geplante Indikatoren) gemeint. Ein Kreuz wird bei „Listenfeldern“ auch gesetzt, wenn nur eines der unter den Bullet Points dargestellten Felder der Kategorie entspricht.

2.1.1 Daten für die Fallidentifikation

Das Kreuz in der Kategorie „Daten für die Fallidentifikation“ wird gesetzt, wenn

- ein Datenfeld zur Überprüfung einer korrekten Auslösung durch den QS-Filter genutzt werden kann.⁷

Damit ist eine technische Fallidentifikation gemeint, die die Dokumentationspflicht eines QS-Bogens bzw. eines Falles abbildet.

- es sich um Datenfelder zu patienten- oder leistungserbringeridentifizierenden Daten handelt.⁸

In diesem Fall handelt es sich um eine gruppierungstechnische Fallidentifikation. Diese ordnet einen QS-Bogen bzw. einen Fall einem bestimmten Leistungserbringer zu oder ermöglicht die Verknüpfung verschiedener zusammengehöriger Fälle im Rahmen von Follow-up-Verknüpfungen.

- es sich um Datenfelder zur Fallidentifikation im Rahmen von verknüpfbaren Fällen (z. B. zur Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie) handelt.

In diesem Fall handelt es sich ebenfalls um die Identifikation verschiedener zusammengehöriger Fälle im Rahmen von Follow-up-Verknüpfungen.

- das Datenfeld für eine Identifizierung des Falles im Strukturierten Dialog herangezogen werden kann.⁹

⁵ Beispielsweise wurde in den Modulen HEP und KEP jeweils das Exportfeld „auslösende OPS-Kodes“ ergänzt, da dieses bisher in der Erforderlichkeitstabelle fehlte.

⁶ Beispielsweise wurde bisher über eine Fußnote beschrieben, dass die Exportfelder aus den Informationen berechnet werden, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Laut der bisherigen Fußnote existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Information exportiert wird (Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“). Da es nicht auszuschließen ist, dass weitere Datenfelder in der QS-Dokumentation von Relevanz sind, obwohl sie nicht an das IQTIG exportiert werden müssen, und weil nicht alle Exportfelder berechnete Felder sind, empfiehlt das IQTIG, die Fußnote zu streichen.

⁷ Beispiel: Die Datenfelder „Aufnahmedatum“ und „Entlassungsdatum“ erhalten ein Kreuz in dieser Kategorie, da diese auch im QS-Filter verwendet werden. Über Plausibilitätsregeln kann geprüft werden, ob der Fall tatsächlich im Erfassungsjahr behandelt wurde, sodass der Dokumentationsbogen bei Bedarf wieder storniert werden kann.

⁸ Zum Beispiel „eGK-Versichertennummer“, „Institutionskennzeichen“, „Empfänger- oder Spender-ID (ET-Nummer)“.

⁹ Zum Beispiel „Vorgangsnummer“.

Hierbei wird eine anwenderbezogene Fallidentifikation betrachtet, die es dem Leistungserbringer ermöglicht, einen bestimmten QS-Bogen bzw. Fall möglichst aufwandsarm im Datenbestand zu finden.

2.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung

Das Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ wird gesetzt, wenn

- das Datenfeld im Rahmen von Qualitätsindikatoren (Rechenregeln) für Verfahren nach Richtlinien des G-BA zur Anwendung kommt oder zur Berechnung von indikatorrelevanten Feldern notwendig ist. Diese Kategorie meint ebenfalls Datenfelder, die zum Ausschluss von Fällen aus der Grundgesamtheit benötigt werden.
- das Datenfeld zur Indikatorberechnung für einzelne Bundesländer zur Anwendung kommt.
- die Angabe zwar nicht in der Rechenregel selbst referenziert wird, aber zur Aggregation/Gruppierung im Rahmen der Indikatorberechnung nötig ist.¹⁰ Hierunter fallen auch z. B. Datenfelder im Rahmen der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie, die zur Generierung eines Pseudonyms herangezogen werden. Diese werden zur Berechnung von Follow-up-Indikatoren benötigt.
- das Datenfeld zur Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren herangezogen wird.
- das Datenfeld (ggf. unter Einbeziehung weiterer Felder) zur Berechnung eines Auffälligkeitskriteriums (AK) genutzt wird und das AK zur Validierung ebendieses (indikatorrelevanten) Feldes verwendet wird.¹¹
- das Datenfeld im Rahmen von Kennzahlen zur Anwendung kommt. Hierbei werden Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen¹² wie Qualitätsindikatoren behandelt. Da Kennzahlen berichtspflichtig sind, stellen diese einen QS-relevanten Verwendungszweck dar. Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen können in kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen unterteilt werden.

2.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung

Das Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Basisauswertung“ wird gesetzt, wenn

- das Datenfeld im Kapitel „Basisauswertung“ in der Bundesauswertung dargestellt wird.
- das Datenfeld in einem AK zur Anwendung kommt, das zur Validierung eines anderen Feldes verwendet wird.¹³

¹⁰ Zum Beispiel „Institutionskennzeichen“, „entlassender Standort“.

¹¹ Beispiel: Das AK 850336 im Modul KEP hat zum Ziel, die häufige Angabe der Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur zu bewerten. Da das Feld „Entlassungsdiagnose(n)“ zur Indikatorberechnung benötigt wird und die Validität in diesem Feld daher von besonderer Wichtigkeit ist, wird das Kreuz in der Spalte „Datenfelder zur Indikatorberechnung“ durch dieses AK zusätzlich gestützt.

¹² Da derzeit noch keine verfahrensspezifischen Kennzahlen etabliert sind, werden sie aktuell noch nicht als relevanter Verwendungszweck in den Erforderlichkeitstabellen geführt.

¹³ Beispiel: Das AK 850312 im Modul 15/1 hat zum Ziel, fehlende Angaben von Komplikationen bei hoher Verweildauer zu bewerten. Das Datenfeld „Operation“ wird zur Berechnung dieses AK verwendet, obwohl das

- das Datenfeld Verwendung im Strukturierten Dialog findet.
- das Datenfeld zur Datenvalidierung für Verfahren nach Richtlinien des G-BA herangezogen wird.
- das Datenfeld zu Registerzwecken genutzt wird.

2.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe

Das Kreuz in der Kategorie „technische und anwendungsbezogene Gründe“ wird gesetzt, wenn

- das Feld ein Filterfeld einer Feldgruppe ist.
- das Feld im Sinne einer Restekategorie benötigt wird.¹⁴ Das Kreuz wird nur gesetzt, wenn es sich um ein eigenständiges Feld handelt. Diese Regelung gilt nicht für Felder, die Bestandteil einer Liste im Sinne von Bullet-Points sind.
- das Datenfeld in einem AK zur Anwendung kommt, das eine Unter- oder Überdokumentation bewertet und somit aus technischen Gründen im Rahmen des Soll-Ist-Abgleichs notwendig ist.
- es sich um ein berechnetes Feld handelt, das in Mehrfachregeln zur Anwendung kommt. Diese Datenfelder werden im Rahmen des Datenflusses beispielsweise durch Datenannahmestellen (z. B. über das Datenprüfprogramm) genutzt.
- das Feld aus anderen anwendungsbezogenen Gründen benötigt wird. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn das Feld zwingend erforderlich ist, um den Zusammenhang zu anderen Feldern zu gewährleisten. Beispielsweise kann es sich hierbei um Datenfelder handeln, die selbst nicht zur Indikatorberechnung verwendet werden, ohne die jedoch der Zusammenhang zu anderen relevanten Datenfeldern im Dokumentationsbogen nicht mehr hergestellt werden kann.¹⁵

2.2 Eindeutige Vorgangsnummern

Die Leistungserbringer erzeugen eine in ihrer QS-Software eindeutige Vorgangsnummer, die ihnen die Reidentifikation der Fälle ermöglicht. Die Bundesauswertungsstelle benötigt bundesweit eindeutige Vorgangsnummern z. B. für Updates, Storno und Zählung von Datensätzen. Für den stationären Bereich gewährleisteten bisher Datenannahmestellen die Übersetzung der Leistungserbringer-Vorgangsnummern in bundesweit eindeutige Vorgangsnummern.

Ab 2019 sollen die Rückmeldeberichte der Bundesauswertungsstelle an die Leistungserbringer so verschlüsselt übertragen werden, dass die Datenannahmestellen keine Möglichkeit der Ein-

AK nicht das Feld „Operation“ bewertet, sondern die Felder „intraoperative Komplikationen“ und „postoperative Komplikation(en)“. Das AK kann daher nicht als Begründung der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ herangezogen werden, sondern nur für „Datenfelder für die Basisauswertung“.

¹⁴ Beispiel: Das Datenfeld „Patient ist nicht gesetzlich versichert“ dient der Dokumentation der Fälle, bei denen das Feld „eGK-Versichertennummer“ nicht befüllt werden kann.

¹⁵ Beispiel: Das Datenfeld „Extension/Flexion 1 bei Entlassung“ im Modul HEP wird in keiner Rechenregel verwendet, ist jedoch im Sinne der Feldzugehörigkeit sinnvoll, um den Kontext der folgenden (indikatorrelevanten) Datenfelder „Extension/Flexion 2 bei Entlassung“ und „Extension/Flexion 3 bei Entlassung“ herzustellen.

sichtnahme haben. Deshalb wird in der Spezifikation 2019 gewährleistet, dass die Vorgangsnummer des Leistungserbringers als Suffix nach einem eindeutigen Trennzeichen (#) erkennbar ist, sodass Rückübersetzungen der Vorgangsnummern für Rückmeldeberichte durch Datenannahmestellen nicht mehr erforderlich sind.

Ab 2020 soll ein 36-stelliger pseudozufälliger Globally Unique Identifier (GUID) eingeführt werden, der die Datensätze beim Leistungserbringer und bundesweit eindeutig identifiziert, ohne Rückschlüsse auf den Leistungserbringer oder Patientinnen/Patienten zuzulassen.

Damit die Leistungserbringer bei Rückmeldungen nicht gezwungen sind, die Fälle mit der unhandlich langen GUID zu identifizieren, sollen sie außerdem wie bisher eine nur für ihre Software eindeutige Vorgangsnummer generieren und weiterleiten. Eine Veränderung dieser Vorgangsnummer durch die Datenannahmestellen zur Gewährleistung einer bundesweiten Eindeutigkeit ist nicht mehr nötig.

Zur Identifizierung der Fälle kann beim Leistungserbringer auch auf die GUID oder Teile davon zurückgegriffen werden. Dies könnte nötig werden, falls bei einem Leistungserbringer, die kurzen Vorgangsnummern nicht eindeutig sind, weil für ein QS-Verfahren mehrere Software-Instanzen verwendet werden.

2.3 Standortangaben

Aufgrund der Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen (zentrales Standortregister) ergeben sich notwendige Änderungen an der Spezifikation. Wie diese Änderungen ausgestaltet werden, hängt von den Anforderungen des G-BA an die Auswertung, an die Sollstatistikerstellung und an die Pseudonymisierung von leistungserbringeridentifizierenden Daten ab. Um diese Anforderungen abzuklären, hat das IQTIG in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation am 8. November 2018 verschiedene Fragestellungen aufgeworfen.

Da in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden konnten, wurde die Beratung erst in der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 abgeschlossen. Weil es sich um eine modulübergreifende Empfehlung handelt, die gleichermaßen die Anforderungen an Verfahren nach DeQS-RL und Verfahren nach QSKH-RL abdecken soll, werden im Folgenden Aspekte aller Verfahren beschrieben.

Aufnahme des neunstelligen Standortkennzeichens

Mit Einführung des neuen zentralen Standortregisters werden neue neunstellige Standortkennzeichen eingeführt. Die bisherigen zweistelligen Datenfelder können daher nicht weiter bestehen bleiben. Ab dem Erfassungsjahr 2020 werden die bereits vorhandenen Datenfelder zu Standorten daher auf die neuen neunstelligen Kennzeichen umgestellt. Die Ausfüllhinweise und ergänzenden Bezeichnungen der Standortfelder werden entsprechend angepasst.

Manuelle Dokumentation der Standortfelder

Im Kontext des neuen zentralen Standortregisters wurden die technischen Anlagen nach § 301 bzw. § 21 SGB V um das neue Segment STA ergänzt, das die neunstelligen Standortkennzeichen beinhaltet. In den Sitzungen der AG Standorte wurde davon ausgegangen, dass mit Anpassung

dieser Anlagen eine automatische Übernahme der Standorte in die QS-Dokumentationsbögen ermöglicht würde. In der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation des G-BA wurde jedoch festgestellt, dass die letztendlich vorgenommene Erweiterung der technischen Anlagen nicht für diesen Zweck genutzt werden kann, da die QS-relevanten Standortangaben dort nicht abgebildet werden.

Der Fachausschuss geht daher davon aus, dass die neuen neunstelligen Standortkennzeichen nicht automatisiert aus den Abrechnungsdaten in die QS-Software übernommen werden können. Hieraus ergibt sich eine ggf. notwendige manuelle Dokumentation.

Darstellung in der Sollstatistik

Das IQTIG hat in der AG-IT Softwarehersteller am 29. August 2018 über mögliche Lösungsansätze zur Umsetzung einer standortbezogenen Sollstatistik diskutiert. Seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde darauf hingewiesen, dass nur der entlassende (abrechnende) Standort und nicht der behandelnde Standort für die Sollstatistik herangezogen werden kann.

Das IQTIG merkt an, dass unter dieser Bedingung mehrere Standorte im Rahmen der Auswertungen berücksichtigt werden müssen (z. B. der operierende Standort als Auswertungseinheit/Berichtsempfänger und der entlassende Standort für die Datengrundlage sowie die Unter-/Überdokumentation (SOLL)). Dies führt zu scheinbar widersprüchlichen Zahlen in den Auswertungen und reduziert damit die Verständlichkeit.

In der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation des G-BA wurde diskutiert, ob die Einschätzung der Softwarehersteller geteilt würde und die Verantwortung für eine Unter- oder Überdokumentation tatsächlich beim entlassenden Standort liegen soll. In den Diskussionen hat sich herausgestellt, dass unabhängig von der Darstellung in der Sollstatistik die Verantwortung für die Vollzähligkeit immer beim Krankenhaus und nicht bei einzelnen Standorten liegen würde.

Hieraus ergeben sich folgende Schlüsse:

- Die Auswertung soll auf dem behandelnden Standort basieren, da der entlassende Standort nicht immer der leistungserbringende Standort ist.
- Eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da dieser nicht der abrechnende oder die Dokumentation abschließende Standort ist und die Information auch nicht in den Abrechnungsdaten zur Verfügung steht.
- Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Unter-/Überdokumentation auf Ebene des entlassenden Standorts in den Berichten führt zu scheinbar widersprüchlichen Zahlen und ist nicht verständlich.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte empfiehlt das IQTIG, die Sollstatistik vom Standortbezug zu entkoppeln und auf Ebene des Institutionskennzeichens zu erstellen. Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Unter-/Überdokumentation in den Berichten soll daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens erfolgen.

Im Modul DEK wäre eine standortbezogene Sollstatistik möglich, da der entlassende Standort gleichzeitig der QS-relevante Standort ist. Um eine modulübergreifende Umsetzung zu gewährleisten, soll die Umstellung auf das Institutionskennzeichen jedoch auch für dieses Modul erfolgen.

Da die aktuellen Vorgaben der Richtlinien derzeit eine standortbezogene Sollstatistik fordern, empfiehlt das IQTIG, die entsprechenden Stellen in den Regelungen/Richtlinien (QSKH-RL, DeQS-RL sowie Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser – Qb-R¹⁶) anzupassen.

Erhebung mehrerer Standortpseudonyme

Der G-BA hat in der Sitzung der AG DeQS am 12. Februar 2019 entschieden, dass das Datenfeld „entlassender Standort“ in allen Modulen zunächst beibehalten werden soll. Nach etablierter Umstellung der Sollstatistik auf das Institutionskennzeichen kann das Datenfeld „entlassender Standort“ für das Erfassungsjahr 2021 erneut auf seine Erforderlichkeit geprüft werden.

2.4 Datenfeld „Geschlecht“

Aufgrund der Änderungen im Personenstandsgesetz zur Anerkennung von Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung wurde der Schlüssel zum Datenfeld „Geschlecht“ für das Erfassungsjahr 2020 analog zur eGK-Versichertenkarte um den Schlüsselwert „divers“ ergänzt.

2.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“

Aufgrund von Änderungen in den technischen Anlagen nach § 301 und § 295 SGB V wird im Datenfeld „besonderer Personenkreis“ der Schlüsselwert „00 = kein besonderer Personenkreis“ ergänzt. Die übrigen Schlüsselwerte werden um eine führende Null erweitert. Diese Änderung wurde bereits für die Spezifikation 2019 umgesetzt.

Die Identifizierung der Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird aufgrund dieser Änderung in den technischen Anlagen in der Spezifikation mithilfe des Schlüsselwertes 00 (statt ehemals LEER) durchgeführt.

2.6 Redaktionelle Änderungen

Es werden modulübergreifende Änderungen vorgenommen, die redaktioneller Art sind und keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erhebenden Daten haben. Hierbei handelt es sich um Änderungen, die beispielsweise eine Harmonisierung betreffen oder eine verständlichere Dokumentation gewährleisten.

Folgende redaktionelle Änderungen werden vorgenommen:

- Alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen werden um ein Jahr erhöht.
- ICD- und OPS-Kodes sowie Literatur- und Quellenangaben werden aktualisiert.

¹⁶ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 22. November 2018, in Kraft getreten am 30. November 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 03.01.2019).

- Korrekturen und Vereinheitlichungen bezüglich der Grammatik, der Rechtschreibung sowie der Groß- und Kleinschreibung werden vorgenommen.

Beispiel:

- „Ovariectomie“ im Modul 15/1.

- Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen, Datenfeldbezeichnungen und Schlüsselwerten optimiert.

Beispiele:

- Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes“ (18/1) wird noch konkreter beschrieben, dass bei Teilbefunden der Befund gemeint ist, der den pathologischen Befund komplettiert. Weiterhin wird erläutert, welche Parameter der prätherapeutische histologische Befund beinhalten sollte. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki-67-Status. Die entsprechende Leitlinie wird aufgeführt.
- Im Datenfeld „primär-operative Therapie abgeschlossen“ (18/1) wird im Ausfüllhinweis ergänzt, dass die operative Therapie auch dann abgeschlossen ist, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten ist.
- Im Modul NEO wurden die Bogenfeldbezeichnungen der Datenfelder „Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses“ und „entlassender Standort des externen Krankenhauses“ nicht immer verstanden, da der Begriff „extern“ von einigen Leistungserbringern als nicht eindeutig eingestuft wurde. Diese Datenfelder sollen eindeutiger benannt werden in „Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses“ und „entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses“. Für das erstere Feld wird ein passender Ausfüllhinweis¹⁷ ergänzt.
- Im Modul NEO wird das Datenfeld „Institutionskennzeichen des Krankenhauses“ in „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“ analog zum Datenfeld darunter¹⁸ umbenannt.
- In den Modulen zur Orthopädie und Unfallchirurgie (HEP und KEP), Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2 und 09/3) und implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5 und 09/6) wird der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „postoperative Wundinfektion“ angepasst. Da nicht die Prinzipien der Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS-Definitionen) für nosokomiale Infektionen, sondern für postoperative Wundinfektionen gelten, wird der Text diesbezüglich korrigiert. Diese Änderung wurde bereits im Update der Spezifikation 2019 umgesetzt.

- Es werden Beispiele in Ausfüllhinweisen ergänzt oder erläutert:

- Im Modul 15/1 wird im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Operation“ das Beispiel für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind, verfahrensspezifisch angepasst (Ovar statt Oberschenkel).

¹⁷ Hier ist das Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses anzugeben, aus dem das Kind entlassen wurde.

¹⁸ „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“.

- Um die Konsistenz der Abschnittsüberschriften in einem Modul zu unterstützen, werden Abschnittsüberschriften ergänzt, umformuliert oder gestrichen:

Beispiele:

- In den Modulen 09/1 und 09/4 wird eine neue Abschnittsüberschrift „weitere Angaben zur Operation“ eingefügt, die jeweils folgende Datenfelder umfasst:
 - „Dauer des Eingriffs“
 - „Dosis-Flächen-Produkt“
 - „Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt“
 - „keine Durchleuchtung durchgeführt“
- In den Modulen 09/1, 09/4 und 09/6 werden die Abschnittsüberschriften „Ort der Sondendislokation“ und „Ort der Sondendysfunktion“ gestrichen.
- Im Modul 09/3 wird die Abschnittsüberschrift „Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden“ gestrichen.
- Im Modul 09/4 wird eine neue Abschnittsüberschrift „Indikation“ eingefügt, die folgende Datenfelder umfasst:
 - „indikationsbegründendes klinisches Ereignis“
 - „führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)“
- Im Modul 09/4 wird eine neue Abschnittsüberschrift „Stimulationsbedürftigkeit“ eingefügt, die folgende Datenfelder umfasst:
 - „voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit“
 - „erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation“

3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Die Änderungen werden nach den Komponenten „QS-Filter“, „QS-Dokumentation“ und „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ differenziert. Empfehlungen, die übergreifend für inhaltlich zusammengehörige Module gelten, werden jeweils in einem Abschnitt beschrieben. Weiterhin werden Empfehlungen zu Zählleistungsbereichen aufgeführt.

3.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)

QS-Filter:

Für die Module zur Herzschrittmacherversorgung und zu implantierbaren Defibrillatoren werden zum Erfassungsjahr 2020 Altersbeschränkungen eingeführt. Dokumentationspflichtig sind demnach Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Die Altersbeschränkung wird eingeführt, da sich die Rechenregeln der betreffenden Qualitätsindikatoren nicht zur Bewertung von kardiologischen Fällen in der Pädiatrie eignen.

QS-Dokumentation:

Löschen des Datenfeldes „Einstufung nach ASA-Klassifikation“ in den Modulen 09/2 und 09/5

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke wird das Datenfeld „Einstufung nach ASA-Klassifikation“ in den Modulen 09/2 und 09/5 aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen.

In diesem Zuge wird die Abschnittsüberschrift „Präoperative Anamnese/Klinik“ in beiden Modulen gestrichen.

3.2 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

QS-Filter:

Im Modul 09/1 sind isolierte Erstimplantationen von Herzschrittmachern, Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Herzschrittmacher auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Feldgruppenregelung der abhängigen Datenfelder der führenden Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Die folgenden Feldgruppenregelungen werden für das Erfassungsjahr an die aktuellen Qualitätsindikatoren angepasst.

▪ **Feldgruppenregelung zum Datenfeld „neurokardiogene Diagnostik“**

Bei Angabe des Schlüsselwertes „Sinusknotensyndrom“ als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation soll das Datenfeld „neurokardiogene Diagnostik“ ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr ausgefüllt werden, da bei diesen Fällen das Datenfeld nicht mehr für die Berechnung der Qualitätsindikatoren benötigt wird. Da im Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ nur die Angaben „Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)“ und „Vasovagales Syndrom (VVS)“ relevant sind, wird die Feldgruppenregelung auf diese beiden Angaben beschränkt.

▪ **Datenfeld „chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens“**

Bei Angabe der Schlüsselwerte „AV-Block“ und „Schenkelblock“ als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation soll das Datenfeld „chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens“ ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr ausgefüllt werden, da bei diesen Fällen das Datenfeld nicht mehr für die Berechnung der Qualitätsindikatoren benötigt wird. Da im Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ nur die Angaben „Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)“ relevant ist, wird die Feldgruppenregelung auf diese Angabe beschränkt.

Dokumentation bei Systemen mit einer His-Bündel-Sonde

Derzeit werden verstärkt neuartige Systeme mit einer His-Bündel-Sonde implantiert, die jedoch im Rahmen der externen Qualitätssicherung aktuell nicht explizit betrachtet werden. Da diese Systeme in einigen Datenfeldern im QS-Bogen derzeit nicht dokumentiert werden können, werden folgende Ausfüllhinweise so angepasst, dass entsprechende Angaben gemacht werden können:

- Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „System“ wird die Erläuterung ergänzt, dass unter dem Schlüsselwert „sonstiges“ beispielsweise Systeme mit einer His-Bündel-Sonde gemeint sind.
- Da es keinen Themenblock „His-Bündel“ im Dokumentationsbogen gibt, wird in den Ausfüllhinweisen der Datenfelder im Themenblock „Rechter Ventrikel“ („Reizschwelle“, „Reizschwelle nicht gemessen“, „R-Amplitude“ und „R-Amplitude nicht gemessen“) ergänzt, dass in diesen Datenfeldern entsprechende Angaben zur His-Bündel-Sonde gemacht werden sollen.

Löschen der Datenfelder zur Position der linksventrikulären Sonde

Die Datenfelder „Position: Dimension 1“ und „Position: Dimension 2“ unter der Ebene „Linker Ventrikel“ werden gestrichen, da diese Datenfelder nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren benötigt werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.3 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

QS-Filter:

Im Modul 09/2 sind isolierte Aggregatwechsel von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den bereits beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.4 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)

QS-Filter:

Im Modul 09/3 sind Revisionen von Herzschrittmachern (inklusive Aggregat- und Sondenwechsel) und Explantationen von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig.

In die Einschlussliste des QS-Filters werden ab dem Erfassungsjahr 2020 auch Reoperationen bei Leadless Pacemakern aufgenommen. Demnach werden die OPS-Kodes 5-378.2h, 5-378.3h, 5-378.6h, 5-378.be, 5-378.d0, 5-378.d1, 5-378.d2 und 5-378.d3 in der Einschlussliste ergänzt. Folgeimplantationen bei Leadless Pacemakern, bei denen das vorhandene Implantat stillgelegt und in der Herzkammer belassen wird, sollen ab dem Erfassungsjahr 2020 dokumentiert werden. Diese grenzen sich von Erstimplantationen gemäß OPS-Katalog ab, indem bei Folgeimplantationen zusätzlich zum OPS-Kode 5-377.k der OPS-Kode 5-983 (Reoperationen) kodiert wird.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Da das neu eingeführte Schrittmachersystem Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator bisher nicht in der QS-Dokumentation berücksichtigt wurde, stellt die Anpassung an dieses neue Schrittmachersystem eine wesentliche Änderung in diesem Modul dar.

Datenfelder zur Dokumentation von Reoperationen am Leadless Pacemaker

Ab dem Erfassungsjahr 2020 sollen auch Reoperationen am Leadless Pacemaker im Modul 09/3 dokumentiert werden. Diese Eingriffe sollen in den bereits bestehenden Datenfeldern dokumentiert werden. Diese Datenfelder sind derzeit so gestaltet, dass sie sich auf das Aggregat oder die Sonde beziehen. Da die Systeme bei den Leadless Pacemakern weder Aggregat noch Sonden haben, soll in den jeweiligen Datenfeldern eine ergänzende Bezeichnung „Inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker“ eingefügt werden. Komplikationen am Leadless Pacemaker sollen hierbei immer im Datenfeld zum rechten Ventrikel dokumentiert werden, da Leadless Pacemaker im rechten Ventrikel liegen.

Diese Änderung betrifft die folgenden Datenfelder:

- „Indikation zum Eingriff am Aggregat“
- „Sondenproblem“
- „Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde“

Datenfelder „aktives System (nach dem Eingriff)“ und „explantiertes System“

Zur Dokumentation des Leadless Pacemaker wird in diesen Datenfeldern der Schlüsselwert „Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator (VVI)“ ergänzt. Die Ausfüllhinweise werden entsprechend angepasst.

Datenfeld „Art des Vorgehens“

Im Rahmen der Dokumentation des Leadless Pacemaker kann das Datenfeld „Art des Vorgehens“ nicht sinnvoll befüllt werden, da Leadless Pacemaker kein Aggregat haben. Daher soll die Feldgruppenregel so angepasst werden, dass das Datenfeld in diesen Fällen nicht zu befüllen ist.

Änderungen im Abschnitt „rechtsventrikuläre Sonde“

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Datenfelder werden an die Dokumentation des Leadless Pacemaker angepasst:

- Die Überschrift „Rechtsventrikuläre Sonde“ wird in „Rechter Ventrikel“ umbenannt, da in diesem Abschnitt auch die Leadless Pacemaker dokumentiert werden sollen.
- Die Ausfüllhinweise zu den Datenfeldern „Art des Vorgehens“, „Reizschwelle“, „Reizschwelle nicht gemessen“, „R-Amplitude“ und „R-Amplitude nicht gemessen“ werden um die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator ergänzt.
- Die Feldgruppenregel zu diesen Datenfeldern wird um diese Eingriffe erweitert.

Änderungen im Abschnitt „linksventrikuläre Sonde“

Die Überschrift „Linksventrikuläre Sonde“ wird in Analogie zum vorausgehenden Abschnitt in „Linker Ventrikel“ umbenannt.

Datenfelder „Sondendislokation“ und „Sondendysfunktion“

Diese Datenfelder werden im Rahmen der Dokumentation des Leadless Pacemaker sowie zur Vereinheitlichung mit dem Modul 09/1 wie folgt umbenannt:

- „Sonden- bzw. Systemdislokation“
- „Sonden- bzw. Systemdysfunktion“

Neues Datenfeld „interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle“

Im Zuge der Einführung des neuen Schrittmachersystems Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator soll ein neues Datenfeld „interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle“ eingeführt werden. Dies hat den Zweck, zukünftig die Besonderheiten des Eingriffs bei den Leadless Pacemaker bei der Berechnung des Qualitätsindikators „Chirurgische Komplikationen“ berücksichtigen zu können.

Datenfelder „Sondendislokation im Ventrikel“ und „Sondendysfunktion im Ventrikel“

Diese Datenfelder werden im Rahmen der Dokumentation des Leadless Pacemaker sowie zur Vereinheitlichung mit dem Modul 09/1 wie folgt umbenannt:

- „Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel“
- „Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel“

In diesen Zusammenhang werden auch die Schlüsselwerte in „rechter Ventrikel“ und „linker Ventrikel“ umbenannt. Die beiden Abschnittsüberschriften „Ort der Sondendislokation“ und „Ort der Sondendysfunktion“ werden gestrichen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

QS-Filter:

Im Modul 09/4 sind Implantationen von implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (*implantable cardioverter-defibrillators*, ICD) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Datenfeld „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)“

In diesem Datenfeld soll dokumentiert werden, ob zum Zeitpunkt der Indikationsstellung zur ICD-Therapie eine medikamentöse Therapie besteht. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird das Datenfeld umbenannt in „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)“.

Löschen der Datenfelder zur Position der linksventrikulären Sonde

Die Datenfelder „Position: Dimension 1“ und „Position: Dimension 2“ werden gestrichen, da diese Datenfelder nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren benötigt werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.6 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)

QS-Filter:

Im Modul 09/5 sind Aggregatwechsel implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig. Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.7 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation (09/6)

QS-Filter:

Im Modul 09/6 sind Revisionen, Systemwechsel und Explantationen implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.8 Karotis-Revaskularisation (10/2)

QS-Filter:

Im Modul 10/2 sind Eingriffe an der extrakraniellen Arteria carotis interna, externa, communis mit Sinus caroticus, die offen-chirurgisch oder endovaskulär durchgeführt werden, mit Ausnahme der Transpositionen der Karotiden und unter Ausschluss von Mehrfachverletzung, Polytrauma, Aortendissektion sowie extrakorporaler Membranoxygenation (*extracorporeal membrane oxygenation*, ECMO) und Prä-ECMO-Therapie dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Neue Datenfelder zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR)

Zur Risikoadjustierung der folgenden Qualitätsindikatoren sollen ab dem Erfassungsjahr 2020 zusätzliche Datenfelder erhoben werden:

- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt

Die folgenden neuen Datenfelder sollen zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate herangezogen werden, die ihrerseits als Risikofaktor in die Indikatorberechnung eingehen soll:

- „Körpergröße“ bzw. „Körpergröße unbekannt“
- „Körpergewicht bei Aufnahme“ bzw. „Körpergewicht unbekannt“
- „Diabetes mellitus“
- „präoperative Nierenersatztherapie“
- wenn keine präoperative Nierenersatztherapie durchgeführt wurde:
„Kreatininwert i.S. in mg/dl“ bzw. „Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ “

Die Datenfelder, Ausprägungen und Ausfüllhinweise werden analog zu anderen Modulen (z. B. HCH) gestaltet.

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke werden folgende Datenfelder aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen:

- „Art der Komplikation“
- „Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrundeliegenden Erkrankung“

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.9 Gynäkologische Operationen (15/1)

QS-Filter:

Im Modul 15/1 sind alle Adnexeingriffe bei Patientinnen ab 11 Jahren unter Ausschluss von Patientinnen mit gleichzeitiger Sectio caesarea und unter Ausschluss von Patientinnen mit den Diagnosen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, Harnorgane oder des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Mesotheliom des Peritoneums oder Divertikuloze des Darmes dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ergänzende Bezeichnung des Datenfeldes „perioperative Antibiotikaphylaxe“

Da dieses Datenfeld nur im Bundesland Hessen für Auswertungen herangezogen wird, soll das Feld nur dort erfasst werden. Es wird daher eine entsprechende ergänzende Bezeichnung eingefügt.

Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“

Dem IQTIG wurde seitens verschiedener Leistungserbringer vermehrt mitgeteilt, dass das Datenfeld inkl. Ausfüllhinweis unverständlich sei. Leider wurden jedoch keine konkreten Informationen mitgeliefert, was genau nicht verstanden wird, sodass es zunächst unklar war, inwiefern das Datenfeld optimiert werden könnte. Daher wurde das Datenfeld gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mithilfe freiwilliger Leistungserbringer auf seine Verständlichkeit hin geprüft.

Als Ergebnis dieser Prüfung empfiehlt das IQTIG im Ausfüllhinweis zu erläutern, dass das Datenfeld mit „nein“ beantwortet werden soll, wenn beide Ovarien vollständig entfernt wurden. Der alte Text wird gestrichen.

Datenfeld „führender Befund“

Die Histologieeinteilung ist im Rahmen der Berechnung von Qualitätsindikatoren von besonderer Relevanz (Tabelle 2). Einige der Schlüssel werden ebenfalls in der Basisauswertung ausgewiesen (Tabelle 3). Da sich gezeigt hat, dass einige Codes nur sehr selten angegeben werden und sehr häufig „Normalbefund“ kodiert wird, wird davon ausgegangen, dass die in diesem Datenfeld möglichen Schlüsselwerte den Dokumentierenden ggf. nicht hinreichend bekannt sind. Um eine genauere Einteilung und weniger Fehldokumentationen zu erzielen, sollen die einzelnen Schlüsselwerte ab dem Erfassungsjahr 2020 im Ausfüllhinweis näher erläutert werden.

Tabelle 2: Histologieschlüssel nur Nutzung in Qualitätsindikatoren (Modul 15/1)

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Histologieschlüssel
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	01 Normalbefund 02 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste
neuer Indikator ab 2018	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre mit histologischem Normalbefund oder Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste	01 Normalbefund 02 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste
60685 und 60686	Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit Normalbefund oder benigner Histologie	01 Normalbefund 02 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste 03 Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z. B. Kystom, seröse Zyste) 04 Adnexe: Dermoid (z. B. benignes Teratom) 05 Adnexe: Endometriose 06 Adnexe: andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide) 07 Adnexe: Entzündung 08 Adnexe: Extrauterin gravidität 09 Adnexe: Stieldrehung
	Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit Normalbefund oder benigner Histologie	
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	11 Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome 21 Cervix uteri: Dysplasie 22 Cervix uteri: Carcinoma in situ 23 Cervix uteri: invasives Karzinom la 24 Cervix uteri: invasives Karzinom > la 31 Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive Histologische Veränderungen die potentiell maligne sind (neu ab 2018) 10 Adnexe: Borderline-Veränderungen

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Histologieschlüssel
		(neu ab 2018) 11 Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome

Tabelle 3: Histologieschlüssel nur Nutzung in der Basisauswertung (Modul 15/1)

Kode	Histologieschlüssel
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.10 Geburtshilfe (16/1)

QS-Filter:

Im Modul 16/1 sind alle im Krankenhaus erfolgten Geburten dokumentationspflichtig.

In den Auslösekriterien des Moduls 16/1 soll für das Erfassungsjahr 2020 der OPS-Kode 9-263 (Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta) gestrichen werden. Seit der Einführung des Codes als Einschlusskriterium im QS-Filter der Spezifikation 2017 war es vielen Kliniken nicht möglich, alle Datenfelder im QS-Bogen korrekt zu befüllen, daher wurde das Anlegen eines Minimaldatensatzes empfohlen. Der Code 9-263 soll daher wieder aus dem QS-Filter gestrichen werden.

QS-Dokumentation:

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke werden für das Erfassungsjahr 2020 folgende Datenfelder aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen:

- „Mutter wurde zuverlegt?“
- „Schwangere während SS einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt“
- „letztes Gewicht vor Geburt“
- „Medikamentöse Zervixreifung“
- „Assistent in Facharzt-Weiterbildung“

Datenfeld „Tragzeit nach klinischem Befund“

Das Datenfeld soll in „Klinisches Gestationsalter“ umbenannt werden, weil der Begriff „Tragzeit“ als unüblich kritisiert wurde. Der Ausfüllhinweis wird angepasst.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Aufnahmeart“

Der auf den OPS-Kode 9-263 (Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta) bezugnehmende Text im Ausfüllhinweis soll gestrichen werden, weil dieser OPS-Kode im Erfassungsjahr 2020 aus den Auslösekriterien des Moduls 16/1 gelöscht werden soll.

Neues Datenfeld „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“

Das Datenfeld soll für den Qualitätsindikator „Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie“ in die Dokumentation aufgenommen werden, um vorzeitige Kortikosteroidtherapien zu ermitteln.

Es wird ein berechnetes Ersatzfeld „Abstand zwischen Geburtsdatum und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie“ exportiert.

Datenfeld „Base Excess der Fetalblutanalyse“

Da die derzeit gültigen Angaben -40 bis 20 nach Einschätzung der Bundesfachgruppe zu hoch sind, soll eine Einschränkung auf physiologisch mögliche Werte von -40 bis ≤ 10 umgesetzt werden.

Datenfeld „pH-Wert der Fetalblutanalyse“

Bei diesem Datenfeld sind im Rahmen der Datenvalidierung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren häufig Rundungsfehler aufgefallen. Da viele neue Blutgasmessgeräte den pH-Wert mit drei Nachkommastellen ausgeben, soll das Datenfeld entsprechend angepasst werden.

Bei nicht erfolgter Ausgabe eines dreistelligen Nachkommawertes ist für die dritte Nachkommastelle eine „0“ zu setzen. Der Ausfüllhinweis wird um diese Information erweitert.

Datenfeld „Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen“

Angaben zu regelmäßigen Wehen, die nicht zur Geburt führen, sollen in Zukunft vermieden werden. Allerdings können auch unregelmäßige Wehen geburtswirksam sein. Deshalb soll das Wort „regelmäßig“ in der Datenfeldbezeichnung durch „geburtswirksam“ ersetzt werden.

Da die Angabe in Stunden erfasst werden soll, wird im Ausfüllhinweis erläutert, dass bei einer Geburtsdauer < 30 Minuten 0 anzugeben ist. Bei einer Geburtsdauer zwischen 30 Minuten und einer Stunde ist 1 anzugeben.

Datenfeld „Entbindungsmodus“

Da der OPS-Kode 9-263 (Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta) aus den Auslösekriterien des Moduls 16/1 gelöscht werden soll, wird die Streichung ebenfalls im Schlüssel dieses Datenfeldes vorgenommen.

Datenfeld „Gewicht des Kindes“

Da die derzeit gültigen Angaben 1 bis 9999 zu hoch sind, soll eine Einschränkung auf realistische Werte von 1 bis 6999 umgesetzt werden.

Neues Datenfeld „Allgemeinanästhesie“

Eine Allgemeinanästhesie ist bei der Durchführung eines Kaiserschnitts zu vermeiden, da dies nachteilige Effekte auf das Behandlungsergebnis der Mutter und deren Kind(er) haben kann. Dies soll zukünftig in einem Qualitätsindikator „Allgemeinanästhesie bei Sectio“ erfasst werden.

Es wird ein Ausfüllhinweis hinterlegt, der Hinweise zur Kodierung der Schlüsselwerte „ja“ und „nein“ in Bezug auf verschiedene Anästhesiearten gibt.

Datenfeld „Fehlbildungen vorhanden“

Statt der bisherigen Auswahlmöglichkeit „ja“ sollen drei Schlüsselwerte „leichte“, „schwere“ und „letale“ unterschieden werden, um Informationen über den Schweregrad der Fehlbildungen zu erhalten. In diesem Zuge soll das Datenfeld in „Fehlbildungen“ umbenannt werden.

Im Ausfüllhinweis werden leichte Fehlbildungen als „nicht akut lebensbedrohlich“ und schwere Fehlbildungen als „akut lebensbedrohlich“ definiert. Für die einzelnen Schweregradstufen werden Fehlbildungen aufgelistet, um zu einer einheitlichen Klassifizierung zu kommen.

Diese Anpassung erfolgt analog zu dem bereits vorhandenen Datenfeld im Modul NEO.

Die Angabe in diesem Datenfeld ermöglicht den Ausschluss von Kindern mit letaler Fehlbildung aus dem Nenner einiger Indikatoren (z. B. Ebene 1 des Qualitätsindex). Die Angabe zu schweren Fehlbildungen kann ggf. langfristig auch zur Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfeld „Diagnose Morbidität des Kindes“

Dieses Datenfeld soll im Hinblick auf Fehlbildungen durch Umbenennung analog zu der Bogenfeldbezeichnung im Modul NEO in „Art der Fehlbildung“ präzisiert werden. Das Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr bei leichten Fehlbildungen ausgefüllt werden, sondern nur noch, wenn im Filterfeld „Fehlbildungen“ eine schwere oder letale Fehlbildung dokumentiert wurde.

Dies gründet sich darauf, dass nur die schweren oder letalen Fehlbildungen in die Risikoadjustierung eingehen. Das angepasste Datenfeld soll außerdem zukünftig für den Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ verwendet werden.

Datenfeld „Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage“

Da das Datenfeld in etwa 25 % der Fälle nicht befüllt wurde, es jedoch für den Qualitätsindikator zum kritischen Outcome erforderlich ist, soll der Ausfüllhinweis angepasst werden.

Bei Angabe „interne Verlegung“ ergibt sich die Notwendigkeit einer nachträglichen Prüfung, ob das intern verlegte Kind in dem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist. Im angepassten Ausfüllhinweis wird auf diesen Umstand hingewiesen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.11 Neonatologie (NEO)

QS-Filter:

Im Modul NEO sind alle Fälle von Neugeborenen, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär aufgenommen oder innerhalb eines definierten Zeitraums zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Bogenfeldbezeichnungen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Dokumentation eines verkürzten QS-Bogens für bestimmte Fallkonstellationen

Ab dem Erfassungsjahr 2020 ist vorgesehen, dass für die folgenden beiden Fallkonstellationen ein „verkürzter QS-Bogen“¹⁹ angelegt werden soll:

- Kinder, die eine primär palliative Therapie erhalten und noch im Kreißaal versterben
- Kinder, die ein Gestationsalter unter 22 Wochen haben²⁰

Um dies abzubilden, wird ein neues Datenfeld „Kind im Kreißaal verstorben“ in den Bogen aufgenommen, das als Filterfeld fungieren soll. Dieses muss nur dokumentiert werden, wenn das vorausgehende Datenfeld „primär palliative Therapie (ab Geburt)“ mit „ja“ beantwortet wurde. Kinder mit einem Gestationsalter unter 22 Wochen werden über das bereits in der Spezifikation vorhandene Datenfeld „endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)“ identifiziert.

Da die folgenden Datenfelder für diese Fälle nicht immer dokumentiert werden können, sollen diese ab dem Erfassungsjahr 2020 über Feldgruppenregeln deaktiviert werden:

- „Kopfumfang bei Aufnahme“
- „Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt“
- „Körpertemperatur bei Aufnahme“
- „Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt“
- „Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden“
- „Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie“
- „Status bei Aufnahme“
- „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)“
- „Status bei Aufnahme“
- „ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden“
- „Datum der Untersuchung“
- „Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)“
- „ROP-Status bei Aufnahme“
- „Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)“
- „Beginn“
- „endgültige Beendigung“
- „Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt“
- „Beginn“
- „endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung“
- „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“
- „Pneumothorax“
- „Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax“
- „Behandlung des Pneumothorax“
- „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“
- „perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)“

¹⁹ Der Begriff „verkürzter QS-Bogen“ meint an dieser Stelle, dass im regulären Datensatz nur bestimmte Datenfelder ausgefüllt werden müssen. Dies wird über Feldgruppenregeln sichergestellt.

²⁰ Bisher war für Kinder unter 22 Schwangerschaftswochen nur der Minimaldatensatz anzulegen.

- „HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)“
- „Sepsis/SIRS“
- „Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns“
- „Pneumonie“
- „Datum des Pneumonie -Beginns“
- „nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)“
- „Status bei Aufnahme“
- „Neugeborenen-Hörscreening“
- „Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes“
- „OP oder Therapie bei einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)“²¹
- „OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)“
- „OP eines Hydrozephalus“
- „Körpergewicht bei Entlassung“
- „Kopfumfang bei Entlassung“
- „Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt“
- „Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf“
- „Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus“
- „Institutionskennzeichen des Krankenhauses“²²
- „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“

In diesem Zusammenhang wird der einleitende Text im Ausfüllhinweis entsprechend angepasst.

Folgendes Datenfeld wird ebenfalls angepasst:

- **Ausfüllhinweis des Datenfeldes „endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)“**

Bisher wurde im Ausfüllhinweis dieses Datenfeldes darauf verwiesen, dass für Kinder mit einem Gestationsalter unter 22 Wochen der Minimaldatensatz anzulegen ist. Im Erfassungsjahr 2020 soll dieser Hinweis gestrichen werden, weil für diese Kinder nun die QS-Dokumentation ausgefüllt werden soll. Die Wertebereichsgrenzen werden entsprechend angepasst.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.“

In der Neonatologie kann es sein, dass die eGK während der Behandlung noch nicht vorliegt. Liegt für das Kind nur eine Pseudonummer vor, ist dieses Datenfeld mit „ja“ zu beantworten. Beim Vorliegen von Pseudonummern ist jedoch darauf zu achten, dass die Felder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „besonderer Personenkreis“ möglichst trotzdem dokumentiert werden.

Um dieses Vorgehen zu erläutern, wird der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt.

²¹ Dieses Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 umbenannt werden in „Intervention bei einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)“

²² Dieses Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 umbenannt werden in „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke werden für das Erfassungsjahr 2020 folgende Datenfelder aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen:

- „berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin“
- „Grund für die primär palliative Therapie“
- „Indikation(en) zu(r) Operation(en) (außer ROP und NEK)“
- „Obduktion“

Datenfeld „Körpertemperatur bei Aufnahme“

Um die Validität der Angaben in diesem Datenfeld zu erhöhen, werden die gültigen Werte auf Angaben von 20 bis 45° C eingeschränkt.

Datenfeld „Art der Fehlbildung“

Dieses Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr bei leichten Fehlbildungen ausgefüllt werden, sondern nur noch, wenn im Filterfeld „Fehlbildungen“ eine schwere oder letale Fehlbildung dokumentiert wurde. Dies gründet sich darauf, dass nur die schweren oder letalen Fehlbildungen in die Risikoadjustierung eingehen.

Diese Änderung wird analog zum Modul 16/1 umgesetzt.

Datenfelder zum Pneumothorax

Bisher wurde im Datenfeld „Pneumothorax“ abgefragt, ob der Pneumothorax unter Spontanatmung oder unter Beatmung aufgetreten ist. Dabei wurde nach „nasaler/pharyngealer“ und „intrachlealer Beatmung“ unterschieden.

Es hat sich herausgestellt, dass es sinnvoller ist, die Schlüsselwerte dahingehend zu präzisieren, ob der Pneumothorax „ohne jegliche vorangehende“ oder „nach oder unter bestehender“ Atemhilfe oder Beatmung aufgetreten ist und dass die Unterscheidung nach der Form der Atemhilfe oder Beatmung unerheblich ist.

Im Ausfüllhinweis soll jetzt darauf hingewiesen werden, dass ein Pneumothorax auch dann zu dokumentieren ist, wenn er sehr klein war, nur zufällig entdeckt und nicht behandelt wurde. Im Ausfüllhinweis wird „Atemhilfe/Beatmung“ dahingehend erläutert, dass dazu alle Formen invasiver Beatmung (über Intratrachealtubus) und alle Formen nicht invasiver Atemhilfe und Beatmung (Beutelbeatmung, Perivent, nasaler / pharyngealer CPAP, nasale / pharyngeale NIV, nasale / pharyngeale HFO, HFNC etc.) zählen.

Dieses Datenfeld fungiert als Filterfeld für die folgenden neuen indikatorrelevanten Datenfelder:

▪ **Neues Datenfeld „Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax“**

In dem neuen Datenfeld soll genauer ergründet werden, wo und wann der erste Pneumothorax aufgetreten ist. Dafür sind folgende Schlüsselwerte vorgesehen:

- „bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes“
- „bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend“
- „während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten“

Die Fälle mit Pneumothorax sollen auch dann den Leistungserbringern zugeschrieben werden, wenn ein Team das Neugeborene in einem anderen Krankenhaus behandelt und abgeholt hat. Die Zuschreibbarkeit der entsprechenden Indikatoren kann über das neue Datenfeld gewährleistet werden.

Der Ausfüllhinweis stellt klar, dass bei mehreren Pneumothoraces die Modalitäten des ersten Pneumothorax zu dokumentieren sind.

Mit Einführung dieses neuen Datenfeldes kann das Datenfeld „Status bei Aufnahme“ gestrichen werden. In diesem Datenfeld wurde gefragt, ob der Pneumothorax während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist oder bereits bei Aufnahme vorlag. Dieser Sachverhalt wird jetzt über das neue Datenfeld abgedeckt.

▪ **Neues Datenfeld „Behandlung des Pneumothorax“**

Eine Differenzierung nach Behandlung des Pneumothorax ist relevant, da zum einen ein nicht behandlungsbedürftiger Pneumothorax nicht indikatorrelevant sein soll und zudem in Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unterschieden werden soll, ob nur einmal oder mehrmals punktiert wurde. Deshalb soll dieses neue Datenfeld mit folgenden Schlüsseln ergänzt werden:

- „nein, keine Punktion oder Drainage“
- „ja, Einmalpunktion“
- „ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage“

Neues Datenfeld „OP eines Hydrozephalus“

Da eine OP eines Hydrozephalus die Folge einer schweren Hirnblutung sein kann, soll das Datenfeld „OP eines Hydrozephalus“ zukünftig für die Berechnung des Qualitätsindikators „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ verwendet werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 sollen die Erläuterungen zum Minimaldatensatz dahingehend geändert werden, dass jetzt auch Kinder mit einem Gestationsalter unter 22 Wochen im regulären Datensatz dokumentiert werden sollen.

3.12 Mammachirurgie (18/1)

QS-Filter:

Dokumentationspflichtig sind im Modul 18/1 alle offenen Biopsien sowie alle tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Neues Datenfeld „Mikrokalk“

Ab dem Erfassungsjahr 2020 soll bei einem nicht tastbaren Mammabefund zusätzlich angegeben werden, ob Mikrokalk befundet wurde. Das neue Datenfeld soll in einem neuen Qualitätsindikator zur präoperativen Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden mit Mikrokalk zur Anwendung kommen. Denn insbesondere nicht tastbare Befunde (inklusive Mikroverkalkungen) sollen präoperativ (mittels Draht) markiert oder bei morphologischer Eignung intraoperativ per Ultraschall lokalisiert werden, um zielgesteuert operieren zu können.

Neue Datenfelder zum prätherapeutischen pathomorphologischen Befund

In die QS-Dokumentation sollen neue Datenfelder für histopathologische Parameter, die prätherapeutisch vorliegen sollten, aufgenommen werden und nach Neoplasieart differenziert in den neuen Qualitätsindikator zur Vollständigkeit der pathologischen Befunde einfließen.

Hierfür werden folgende Datenfelder ergänzt:

- „Histologischer Typ“
- „Grading“
- „Hormonrezeptorstatus“
- „HER2-Status“
- „Ki67-Status“

Die Felder sind zu befüllen, wenn eine maligne Neoplasie aus den folgenden Kategorien vorliegt:

- duktales Carcinoma in situ (DCIS):
8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8540/3, 8543/3 bzw.
- invasives Mammakarzinom (Primärtumor):
8010/3, 8013/3, 8022/3, 8035/3, 8041/3, 8070/3, 8140/3, 8200/3, 8201/3, 8211/3, 8246/3,
8249/3, 8265/3, 8290/3, 8314/3, 8315/3, 8401/3, 8410/3, 8430/3, 8480/3, 8490/3, 8500/3,
8502/3, 8503/3, 8504/3, 8510/3, 8520/3, 8522/3, 8523/3, 8524/3, 8530/3, 8541/3, 8550/3,
8560/3, 8572/3, 8574/3, 8575/3, 8982/3

Ergänzende Bezeichnungen und Ausfüllhinweise der Datenfelder zur prätherapeutischen und postoperativen Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz

Ab dem Erfassungsjahr 2020 soll für folgende Datenfelder die ergänzende Bezeichnung „Tumorboard und Befunde“ eingefügt werden, die den Begriff „interdisziplinäre Tumorkonferenz“ präzisiert:

- „prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“
- „postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“

In den Ausfüllhinweisen der Datenfelder wird ab dem Erfassungsjahr 2020 die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2017) mit Empfehlungen zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der interdisziplinären Tumorkonferenz zitiert.

Da die Datenfelder in folgenden Rechenregeln zur Anwendung kommen, ist eine korrekte Dokumentation von besonderer Relevanz:

- ergänzende Kennzahl „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“
- Qualitätsindikator „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (neu ab 2018)

Datenfeld „präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren“

Das Datenfeld wird umbenannt in „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“. Die Ergänzung „von Brustgewebe“ erfolgt, da Fehldokumentationen aufgefallen sind, bei denen auch Markierungen axillärer Lymphknoten in diesem Datenfeld erfasst wurden.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist zudem aufgefallen, dass nicht allen Dokumentierenden die entsprechende Leitlinienempfehlung bekannt war. In der ergänzenden Bezeichnung soll daher der Bezug des Datenfeldes auf die „leitlinienkonforme Operationsplanung“ hergestellt werden.

Neben den bereits vorhandenen Schlüsselwerten soll mit der Spezifikation 2020 die ultraschallgesteuerte Operation als Antwortmöglichkeit aufgenommen werden, da diese bei morphologischer Eignung des Tumorgewebes anstelle der Drahtmarkierung verwendet werden kann. Das Datenfeld verfügt damit über folgende Schlüsselwerte:

- „nein“
- „ja, durch Mammographie“
- „ja, durch Sonographie“
- „ja, durch MRT“
- „nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP“

Der neue Schlüsselwert wird im Ausfüllhinweis erläutert.

Das modifizierte Datenfeld soll zukünftig in der Rechenregel des geplanten Qualitätsindikators zur präoperativen Drahtmarkierung oder ultraschallgesteuerten Operation nicht palpabler Befunde zur Anwendung kommen.

Im Ausfüllhinweis wurde bisher darauf hingewiesen, dass das Datenfeld ebenfalls mit „ja“ beantwortet werden soll, wenn eine Clipmarkierung erfolgt. Da jedoch die Clipmarkierung nicht Inhalt dieses Feldes sein soll, wird der Hinweis mit der Spezifikation 2020 gestrichen.

Zusätzlich werden Erläuterungen ergänzt, um klarzustellen, in welchen Fällen das Datenfeld mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden soll:

- Da bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes oder Clipmarkierung axillärer Lymphknoten (TAD) oder Clipmarkierungen von Tumoren in der Brust (z. B. vor neoadjuvanter Therapie, im Rahmen stereotaktischer Biopsien) „nein“ angegeben werden soll, wird der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt.
- Werden Clips im Rahmen der exakten Operationsplanung präoperativ vor geplanter Resektion drahtmarkiert, ist „ja“ anzugeben
- Um klarzustellen, dass die topografische Markierung hier nicht abgefragt wird, wird im Ausfüllhinweis darauf hingewiesen, dass „nein“ anzugeben ist, wenn intraoperativ nur topografische Markierungen für die pathomorphologische Befundung vorgenommen werden.

Datenfeld „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“

Auch bei der Durchführung einer prophylaktischen Mastektomie kann ein Mammakarzinom diagnostiziert werden. Um in diesen Fällen die Möglichkeit zu schaffen, das Datenfeld „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ optional zu befüllen, soll die Plausibilitätsregel ab dem Erfassungsjahr 2020 entsprechend erweitert werden. Auf diese Weise kann analysiert werden, ob diese Fälle langfristig in entsprechende Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen miteinbezogen werden sollten.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Der Anwendungsfall „Axilläre Lymphknoten-OP bei Melanom“ wird in die Erläuterungen zum Minimaldatensatz aufgenommen.

Die operative Entfernung von axillären Lymphknoten ausschließlich aufgrund eines Melanoms ist im Rahmen des QS-Verfahrens *Mammachirurgie* nicht relevant. Je nach Lokalisation verwendeter OPS-Kodes und begleitender ICD-Kodes (Nebendiagnosen) kann jedoch eine Dokumentationsverpflichtung für 18/1 ausgelöst werden. In diesem Fall ist nur ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.

3.13 Dekubitusprophylaxe (DEK)

QS-Filter:

Im Modul DEK sind alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie / eines Grades) dokumentationspflichtig.

Die Textdefinition in der Anwenderinformation wird im redaktionellen Sinne an diese Beschreibung angepasst.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine inhaltlichen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ergänzende Bezeichnung des Datenfeldes „Adipositas“

Bisher wurde in der ergänzenden Bezeichnung darauf hingewiesen, dass hier alle ICD-Kodes aus der Kategorie E66.X2 gemeint sind, wobei das Zeichen X als Platzhalter für die entsprechenden Ziffern zu verstehen war. Da dies nicht von allen Leistungserbringern verstanden wurde, werden die einzelnen ICD-Kodes jetzt aufgezählt. Der Ausfüllhinweis wird angepasst.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Risikostatistik Dekubitusprophylaxe (DEK)

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen an der Risikostatistik.

3.14 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

QS-Dokumentation:

Datenfelder „Frakturereignis“ (17/1 und HEP)

Das Datenfeld in den Modulen 17/1 und HEP wird derzeit häufig von den Dokumentierenden missverstanden. Das Feld dient dazu, bei Inhouse-Stürzen die präoperative Verweildauer nicht anhand des Aufnahmedatums im Krankenhaus, sondern anhand des Datums der Fraktur zu berechnen. Der Schlüsselwert „war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme“ führte in diesem Zusammenhang zu vermehrten Supportanfragen. Um die Intention des Feldes deutlicher darzustellen, wird empfohlen, das Datenfeld in beiden Modulen folgendermaßen umzubenennen:

- „Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes“

Des Weiteren soll eine ergänzende Bezeichnung „Inhouse-Sturz“ hinzugefügt und der zugehörige Schlüssel auf die Antwortmöglichkeiten „ja“ oder „nein“ eingeschränkt werden.

Im Ausfüllhinweis wird darauf hingewiesen, dass ausschließlich dann „ja“ zu dokumentieren ist, wenn sich die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes ereignet hat.

Die Feldgruppenregel für die Folgefelder „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ wird dahingehend angepasst, dass diese nur dann befüllt werden müssen, wenn das Datenfeld „Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes“ mit „ja“ beantwortet wurde.

3.15 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

QS-Filter:

Im Modul 17/1 sind alle isolierten Schenkelhalsfrakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.16 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

QS-Filter:

Im Modul HEP sind alle Erstimplantationen einer Hüftendoprothese und alle Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Zählleistungsbereiche Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) und Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)

Der Zählleistungsbereich HEP_IMP beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Erstimplantation einer Hüftendoprothese.

Der Zählleistungsbereich HEP_WE beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder einer Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen für diese Zählleistungsbereiche.

3.17 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

QS-Filter:

Im Modul KEP sind alle Erstimplantationen einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese und alle Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Zählleistungsbereiche Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) und Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)

Der Zählleistungsbereich KEP_IMP beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Erstimplantation einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese.

Der Zählleistungsbereich KEP_WE beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Knieendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder einer Implantation einer Knieendoprothese nach vorheriger Explantation.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen für diese Zählleistungsbereiche.

3.18 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

QS-Filter:

Im Modul PNEU sind Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden, bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung“

Aufgrund einer Anfrage zur Dokumentation von Patientinnen und Patienten, die nur einige Stunden in der Notaufnahme des anderen Krankenhauses verbracht haben, hat sich der Bedarf eines Ausfüllhinweises ergeben. Der neue Ausfüllhinweis stellt klar, dass nur Patientinnen und Patienten gemeint sind, die im vorangegangenen Aufenthalt vollstationär aufgenommen waren.

Datenfeld „Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?“

Da in einigen Fällen, z. B. bei Patientinnen und Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, oder bei Patientinnen und Patienten mit Sprachstörungen, der Zustand der Desorientierung in der Aufnahmesituation nicht beurteilt werden kann, wird nach einem Hinweis einer Landesgeschäftsstelle empfohlen, den zusätzlichen Schlüsselwert „nicht beurteilbar“ hinzuzufügen.

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „spontane Atemfrequenz nicht bestimmt“

Um die Datenvalidität bei der Angabe der spontanen Atemfrequenz zu erhöhen, wird empfohlen, den Ausfüllhinweis zum Feld „spontane Atemfrequenz nicht bestimmt“ zu konkretisieren. Da auch „ja“ angegeben werden soll, wenn die Atemfrequenz der Akte nicht genau zu entnehmen ist, wird der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt.

Datenfeld „initiale antimikrobielle Therapie“

Bisher wurde unter dem Schlüsselwert „Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie“ nur die ambulant begonnene Therapie genannt, obwohl auch die in einem anderen Krankenhaus vor Verlegung begonnene Therapie erfasst werden soll. Der Schlüsselwert soll daher präzisiert werden, indem das Wort „ambulant“ durch „extern“ ersetzt wird. Der Ausfüllhinweis wird entsprechend geändert.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Beginn der Mobilisation“

Nach Diskussion in der Bundesfachgruppe soll die in der Spezifikation 2019 aufgenommene Erklärung, wann Toilettengänge als Mobilisation zu werten sind, wieder gestrichen werden, weil befürchtet wurde, dass diese von der Wichtigkeit der Mobilisation ablenken könnte.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.19 Übergreifende Empfehlungen für die Follow-up-Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXFU, LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTXFU), zur Leber- und Nierenlebendspende (LLSFU, NLSFU) und zur Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTXFU)

Da die Verfahren zur Transplantationsmedizin ab dem Erfassungsjahr 2020 in die DeQS-RL überführt werden sollen, bedarf es einer Regelung zum Umgang mit den noch ausstehenden Follow-up für Indexeingriffe vor dem Erfassungsjahr 2020.

Aufgrund der im Folgenden beschriebenen Übergangslösung sollten aus Sicht des IQTIG für die Erhebung von Follow-up-Daten für Indexeingriffe (= Sekundärmodule) in der Transplantationsmedizin, die vor dem 1. Januar 2020 durchgeführt worden sind, weiterhin die Regelungen der QSKH-RL gelten.

Zur vollständigen Follow-up-Betrachtung ist die Datenerhebung in den folgenden Modulen für die Erfassungsjahre²³ 2020 bis 2022 noch notwendig:

- HTXFU (Follow-up Herztransplantation)
- LTXFU (Follow-up Lebertransplantation)
- LUTXFU (Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation)
- NLSFU (Follow-up Nierenlebendspende)
- LLSFU (Follow-up Leberlebendspende)
- PNTXFU (Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation)

In der Spezifikation werden die Module richtlinienübergreifend definiert. Beispielsweise gibt es in der Spezifikation nur ein Modul HTXFU, das gleichermaßen für die Verfahren nach DeQS-RL und die Verfahren nach QSKH-RL zur Anwendung kommt. Da die Datenfeldbeschreibungen und die vorgenommenen Änderungen an diesen Modulen den Empfehlungen der DeQS-RL zu entnehmen sind, sind sie nicht Bestandteil der vorliegenden Empfehlung.

Abhängigkeit der Spezifikationsempfehlungen

Ab dem 1. Januar 2020 soll das neue sektorenübergreifende QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* in den Regelbetrieb übernommen werden. Hierzu ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten (z. B. ET-Nummern) im Rahmen dieses Transplantationsverfahrens zu spezifizieren. Die derzeit vorgesehene Umsetzung einer Pseudonymisierung der ET-Nummern im neuen Verfahren *QS NET* ist nur gemeinsam mit entsprechenden Anpassungen in allen anderen Transplantationsverfahren²⁴ realisierbar.

Das IQTIG empfiehlt daher die vorliegende Spezifikationsempfehlung nur dann umzusetzen, wenn für alle der folgend genannten beauftragten Spezifikationen ein entsprechender Beschluss durch das Plenum des G-BA vorliegt:

²³ Mit Erfassungsjahr ist an dieser Stelle das Jahr der Follow-up-Erhebung gemeint.

²⁴ Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXM/HTXFU, LUTX/LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTX/LTXFU), zur Leber- und Nierenlebendspende (LLS/LLSFU, NLS/NLSFU) und zur Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX/PNTXFU).

- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 für die QS-Verfahren der Transplantationsmedizin nach DeQS-RL“
- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* nach DeQS-RL“
- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL“ (inkl. Empfehlung zur Übergangsregelung der Follow-up-Module der Verfahren der Transplantationsmedizin gemäß QSKH-RL²⁵)

Übergangslösung für Follow-up-Datensätze

Aufgrund der oben genannten drei Empfehlungen muss eine Lösung entwickelt werden, die die ab dem Erfassungsjahr 2020 geltenden neuen Regelungen nach DeQS-RL und die bisherige Handhabung in den Leistungsbereichen nach QSKH-RL gleichermaßen abdeckt. Diese ist Abbildung 1 zu entnehmen.

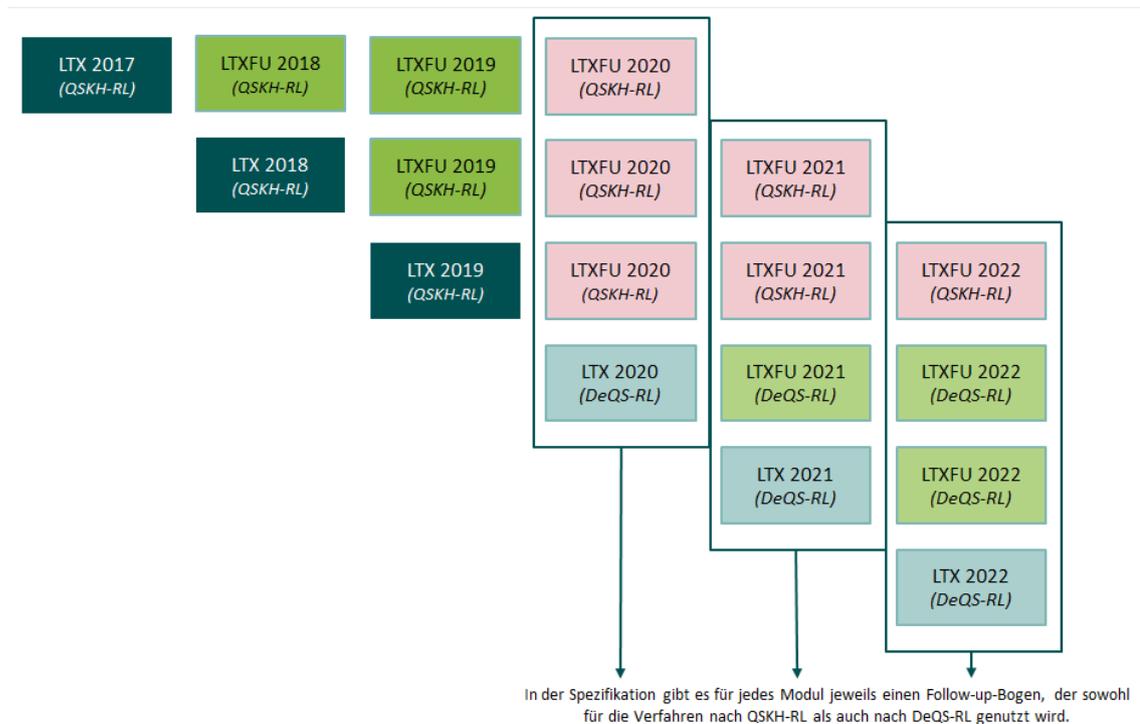


Abbildung 1: Indexeingriffe und Follow-up-Erhebungen (1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) am Beispiel der Module LTX und LTXFU

²⁵ In der Spezifikation gibt es für jedes Modul jeweils einen Follow-up-Bogen, der sowohl für die Verfahren nach QSKH-RL als auch nach DeQS-RL genutzt wird. Es wird nicht ein Follow-up-Bogen pro Richtlinie umgesetzt.

Detaillierte Information zu der in Abbildung 1 dargestellten Übergangslösung können der folgenden Legende entnommen werden.

	= Primärmodul nach QSKH-RL; das Modul unterliegt dem direkten Datenflussmodell der QSKH-RL (Anlage 1)
	= Sekundärmodul nach QSKH-RL; das Modul unterliegt dem direkten Datenflussmodell der QSKH-RL (Anlage 1)
	= Sekundärmodul nach QSKH-RL; das Modul unterliegt dem direkten Datenflussmodell der QSKH-RL (Anlage 1); die ET-Nummer wird nicht an das IQTIG übermittelt
	= Primärmodul nach DeQS-RL; die ET-Nummer wird durch die VST pseudonymisiert
	= Sekundärmodul nach DeQS-RL; die ET-Nummer wird durch die VST pseudonymisiert

Regelungen in der QSKH-RL

Da die Follow-up-Module für die Transplantationsverfahren in der Spezifikation richtlinienübergreifend definiert werden, stimmen die Exportfeldbeschreibungen der Verfahren nach DeQS-RL und der Leistungsbereiche nach QSKH-RL zwangsläufig immer überein. Um sicherzustellen, dass es nicht zu Abweichungen zwischen den beiden Regelungsbereichen kommt, schlägt das IQTIG vor, in der QSKH-RL auf die Erforderlichkeitstabellen der DeQS-RL zu verweisen und die Exportfelder nicht doppelt in zwei Richtlinien aufzuführen.

Die Kopfzeile der in Anlage 1 aufgeführten Tabelle sollte von „Leistungsbereich“ in „Leistungsbereich/Follow-up“ umbenannt werden, da für die Verfahren nach QSKH-RL nur noch die Exportfelder der Follow-up-Module von Relevanz sind. Zudem wird bei den einzelnen Follow-up-Leistungsbereichen der Zusatz „2017-2019“ ergänzt.

In den Erforderlichkeitstabellen, die der DeQS-RL zu entnehmen sind, wird für die Sekundärmodule über Fußnoten Folgendes kenntlich gemacht:

- Die ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist das entsprechende Exportfeld leer. Die Verwendung der ET-Nummer ist gemäß § 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL geregelt.
- Die Verwendung der ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ist gemäß § 7 Abs. 3 QSKH-RL und § 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL geregelt.

Hinweis zu Datenlieferungen ab 2020

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird das IQTIG gemäß DeQS-RL ab dem Erfassungsjahr 2020 ausschließlich Datensätze annehmen, die pseudonymisierte patientenidentifizierende Daten enthalten. Dies erfordert einen Datenfluss über die unabhängige Vertrauensstelle des G-BA.

Das IQTIG wird gemäß QSKH-RL ab dem Erfassungsjahr 2020 ausschließlich Datensätze ohne patientenidentifizierende Daten annehmen. Alle Datensätze, die gemäß Datenfluss nach Anlage 1 der QSKH-RL mit patientenidentifizierenden Daten übermittelt werden, werden abgelehnt.

4 Releaseplanung

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die QS-Basispezifikation für das Erfassungsjahr 2020 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

Tabelle 4: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2020

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2020 V01	Juni 2019	finale Version
2020 V02	September 2019	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2020 V03	November 2019	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Fehlerkorrekturen)
2020 V04	bei Bedarf	Patches

Literatur

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2017): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [*Langfassung*]. Version 4.0. Stand: Dezember 2017. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2017-12.pdf (abgerufen am: 19.12.2017).



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Anpassungen zum Erfassungsjahr 2020

Stand: 21.03.2019

Hinweis:

Dissente Positionen sind **gelb markiert** und in Tabellenform dargestellt.

Vom 20. Juni 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-RL) in der Fassung vom 15. August 2006 (BAnz. S. 6361), zuletzt geändert am 22. März 2019 (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

- I. Die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern wird wie folgt geändert:
 1. Dem § 7 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Bei Follow-Up Herztransplantationen, Leberlebendspende, Lebertransplantationen, Lungen- und Herz- Lungen- Transplantationen, Nierenlebendspende, Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas- Nieren- Transplantationen für die Jahre 2017 bis 2019 wird zusätzlich die ET-Nummer zu Zwecken des Transplantationsregisters verarbeitet, wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 15e Absatz 6 Transplantationsgesetz vorliegt. Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. Das IQTIG löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.“
 2. § 8 wird wie folgt geändert
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche sowie Erstellung und Übersendung von Auswertungen“

b) Dem Wortlaut werden folgende Absätze vorangestellt:

„(1) Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage 1 Anhang 1 aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise entwickelt.

(2) Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. April des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.“

c) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 3 und wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „Rechenvorschriften“ durch das Wort „Rechenregeln“ ersetzt.

bb) Satz 4 wird gestrichen.

d) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4.

3.

DKG	GKV-SV/PatV
In § 9 Absatz 5 wird Satz 6 gestrichen.	<i>Keine Änderung</i>

3. In § 14 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 8 bis 13“ ersetzt durch die Angabe „§ 8 Absatz 3 und 4 bis § 13“

4.

DKG	GKV-SV/PatV
<p>§ 18 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Absatz 1 Satz 4 wird das Semikolon nach dem Klammerzusatz „(Ärzte bzw. Experten der Pflege)“ durch einen Punkt und das Wort „an“ durch das Wort „An“ ersetzt.</p> <p>b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Die Benennung der Mitglieder nach Absatz 1 Satz 4 erfolgt für die Dauer von drei Jahren. Die vorzeitige Abbenennung durch die entsendenden Organisationen ist möglich. Experten, die bereits zuvor ein nach Absatz 1 Satz 4 benanntes Mitglied</p>	<i>Keine Änderung</i>

<p>der Fachgruppe waren, dürfen nicht benannt oder wiederbenannt werden. Vertretungslösungen werden aus Gründen der Kontinuität grundsätzlich nicht vorgesehen. Die nach Absatz 1 Satz 4 benannten Mitglieder dürfen nicht gleichzeitig Mitglieder in Expertengremien anderer datengestützter Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA sein.“</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

5. In § 19 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§§ 8 bis 12“ durch die Wörter „§ 8 Absatz 3 und 4 bis § 12“ ersetzt.
 6. In § 23 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „§ 24 Abs. 1 Satz 10“ durch die Wörter „§ 24 Absatz 1 Satz 7“ ersetzt.
 7. In § 24 Absatz 1 werden die Sätze 7 bis 9 aufgehoben.
- II. Die Anlage 1 zur Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern wird wie folgt gefasst:

„Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2020

Im Erfassungsjahr 2020 sind folgende Leistungsbereiche verpflichtend zu dokumentieren:

Leistungsbereich/Follow-up	Verfahren	
	direkt	indirekt
Ambulant erworbene Pneumonie		x
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)		x
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)		x
Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)		x
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung		x
Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)		x
Karotis-Revaskularisation		x
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)		x
Mammachirurgie		x
Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin - Neonatologie)		x
Pflege: Dekubitusprophylaxe		x
Follow-up Herztransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Leberlebendspende 2017-2019	x	
Follow-up Lebertransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019	x	
Follow-up Nierenlebendspende 2017-2019	x	
Follow-up Nierentransplantation 2017-2019	x	
Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019	x	

Die spezifische Darstellung der einbezogenen Leistungen ist definiert durch die Listen der Ein- und/oder Ausschlusskriterien in der Spezifikation für QS-Filter-Software. Die spezifische Darstellung der Dokumentationsinhalte ist definiert durch die Anforderungen der Spezifikation für QS-Dokumentationssoftware. Diese werden durch den G-BA beschlossen und in der jeweils geltenden Fassung durch das IQTIG auf seiner Internetseite im Internet öffentlich bekannt gemacht.

Anhang 1 zu Anlage 1: Indikatorenlisten**a) Indikatorenliste Ambulant erworbene Pneumonie**

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

b) Indikatorenliste Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation ¹
Indikator-ID	51906
Beschreibung	Es werden alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei der ersten laparoskopischen bzw. einer ausschließlich laparoskopischen und abdominellen Operation betrachtet und mit der Referenzpopulation unter Berücksichtigung des patientenindividuellen Risikos verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung ¹
Indikator-ID	12874
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit einem isoliertem Ovareingriff-werden Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund ¹
Indikator-ID	10211
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit vollständiger Entfernung des Ovars bei (Salpingo-)Ovariectomie werden diejenigen Patientinnen betrachtet, bei denen die vollständige Entfernung des Ovars und der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste und der Normalbefund) durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-)Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikator-ID	60685
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen bis 45 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Tuba uterina
Indikatortyp	Indikationsstellung
5	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-)Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Indikator-ID	60686
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Tuba uterina
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Indikator-ID	612
Beschreibung	Aus allen Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit führendem histologischen benignen Befund oder Normalbefund, werden die Operationen als Outcome betrachtet, die organerhaltend durchgeführt wurden-
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Indikator-ID	52283

Beschreibung	Aus allen isolierten Operationen am Ovar- oder Tuba uterina, die bei Patientinnen durchgeführt wurden, wird die assistierten Blasenentleerung, welche mittels transurethralem Dauerkatheter und länger als 24 Stunden durchgeführt wurde, als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralem Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operationen am Ovar- oder Tuba uterina
Indikatorotyp	Indikationsstellung

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QI darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

c) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Implantationen

1		Leitlinienkonforme Indikation
Indikator-ID	101803	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an allen Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als führende Indikation).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacherimplantation- bzw. CRT-P-Implantation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikator-ID	54140	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als führende Indikation).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Systeme 3. Wahl
Indikator-ID	54143	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem implantierten System 3. Wahl gemäß Leitlinie an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als führende Indikation).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
4		Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Indikator-ID	52139	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen und -Aggregatwechselln, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als implantiertes System) und -Aggregatwechselln.	
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Dosis-Flächen-Produkt
Indikator-ID	101800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen das Dosis-Flächen-Produkt nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als implantiertes System).	
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikator-ID	52305	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	101801	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikator-ID	52311
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Indikator-ID	2190
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen das Aggregat aufgrund einer Batterieerschöpfung innerhalb von 4 Jahren gewechselt wird, an allen Erstimplantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems.
Qualitätsziel	Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren
Indikator-ID	2191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb von 8 Jahren kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	2194
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantierten Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	2195

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist, an allen CRT-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

d) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

1		Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikator-ID	52307	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden an allen intraoperativ durchzuführenden Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei nicht neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel und bei Sonden im linken Ventrikel.	
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	111801	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Herzschrittmacher-Aggregatwechseln.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

e) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

1	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	
Indikator-ID	121800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	
Indikator-ID	52315	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikator-ID	51404	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

f) Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung

1		Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54001	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel
Indikator-ID	54002	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. –Komponentenwechsels.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer Kriterien, Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Präoperative Verweildauer
Indikator-ID	54003	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.	
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Sturzprophylaxe
Indikator-ID	54004	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.	
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54015	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54016	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54017	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

8	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Indikator-ID	54018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54019
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54120
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Beweglichkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54010
Beschreibung	Der Indikator erfasst das postoperative Bewegungsausmaß des Hüftgelenks vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Hüftgelenks von mindestens 0-0-70 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Hüftendoprothese
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54012
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	54013
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Indikator-ID	10271
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Selten ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

g) Indikatorenliste Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

1		Präoperative Verweildauer
Indikator-ID	54030	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.	
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Sturzprophylaxe
Indikator-ID	54050	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.	
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das individuelle Sturzrisiko strukturiert erfasst wurde und multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe eingeleitet wurden	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Gehunfähigkeit bei Entlassung
Indikator-ID	54033	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.	
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Indikator-ID	54029	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten.	
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Wundhämatome/Nachblutungen
Indikator-ID	54040	
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle während oder nach der Operation aufgetretenen Wundhämatome und Nachblutungen bei Patientinnen und Patienten.	
Qualitätsziel	Selten Wundhämatome/Nachblutungen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Indikator-ID	54042	
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	54046	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

h) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

1		Leitlinienkonforme Indikation
Indikator-ID	50055	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an allen Defibrillator-Implantationen.	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatoreimplantation	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		Leitlinienkonforme Systemwahl
Indikator-ID	50005	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „sonstiges“ als implantiertes System).	
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell
Indikator-ID	52131	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen und - Aggregatwechsell, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „subkutaner ICD“ oder „sonstiges“ als implantiertes System) und - Aggregatwechsell.	
Qualitätsziel	Möglichst kurze Eingriffsdauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Dosis-Flächen-Produkt
Indikator-ID	131801	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen, bei denen das Dosis-Flächen-Produkt nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt, an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen mit Angabe „subkutaner ICD“ oder „sonstiges“ als implantiertes System).	
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Indikator-ID	52316	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	131802	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Defibrillator-Implantationen.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Sondendislokation oder -dysfunktion
Indikator-ID	52325	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Defibrillator-Implantationen.	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51186
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Defibrillator-Implantationen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahre
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb von 6 Jahren kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantierten Defibrillator ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde)
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantierten Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist, an allen CRT-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

i) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

1	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Indikator-ID	52321
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden an allen intraoperativ durchzuführenden Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei nicht neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof bzw. rechten Ventrikel und bei Sonden im linken Ventrikel.
Qualitätsziel	Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	141800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Defibrillator-Aggregatwechseln.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator

**j) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren –
Revision/Systemwechsel/Explantation**

1		Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Indikator-ID	151800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2		Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Indikator-ID	52324	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit revidierter bzw. neu implantierter Sonde.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	51196	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

k) Indikatorenliste Karotis-Revaskularisation

1		Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Indikator-ID	603	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 60 % (NASCET) vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Indikator-ID	604	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 50 % (NASCET) vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
3		Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
Indikator-ID	52240	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen Schlaganfall erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Asymptomatische Stenose mit aortokoronarer Bypassoperation: Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
Indikator-ID	11704	
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde, da diese im Indikator 52240 separat betrachtet werden.	
Qualitätsziel	Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt
Indikator-ID	51437	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad \geq 60 % (NASCET) vorliegt	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
6		Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt
Indikator-ID	51443	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.	

Qualitätsziel	Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
7	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt-
Indikator-ID	51873
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen ein Karotisstenose lediglich als Zugang zu einem intrakraniellen Verfahren dient, da hier das Risiko der intrakraniellen Prozedur dominiert.
Qualitätsziel	Angemessen niedrige Rate an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit
Indikator-ID	161800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die keine fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden und periprozedurale neurologische Symptome aufwiesen.
Qualitätsziel	Fachneurologische Untersuchung im Falle eines postprozedural neu aufgetretenen neurologischen Defizits
Indikatortyp	Prozessindikator

I) Indikatorenliste Knieendoprothesenversorgung

1		Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54020	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation mit Ausnahme der Indikationskriterien zur unikondylären Schlittenprothese.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation anhand klinischer und röntgenologischer Kriterien	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Indikator-ID	54021	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum elektiven Eingriff der unikondylären Schlittenprothese.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation (Schmerzen und röntgenologische Kriterien) für eine unikondyläre Schlittenprothese	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54022	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Knieendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels.	
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation (anhand der klinischen Symptomatik, röntgenologischer/klinischer Kriterien oder Entzündungszeichen oder mikrobiologischer Kriterien)	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54123	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	50481	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Indikator-ID	54124	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.	
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Indikator-ID	54125	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.	
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen	

m) Indikatorenliste Mammachirurgie

1		Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Indikator-ID	51846	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen vor einem Ersteingriff bei Primärerkrankung DCIS oder invasives Mammakarzinom prätherapeutisch eine histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
2		HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52268	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von an invasivem Mammakarzinom erkrankten Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status bei bekanntem Hormonrezeptorstatus.	
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52267	
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator niedrige Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.	
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Indikator-ID	52278	
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator hohe Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.	
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung¹
Indikator-ID	52330	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ mammografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung¹
Indikator-ID	52279	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ sonografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie.	
Indikatortyp	Prozessindikator	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

7		Primäre Axilladisektion bei DCIS ¹
Indikator-ID	2163	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS im prätherapeutischen Histologiebefund eine primäre Axilladisektion erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
8		Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikator-ID	50719	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS bei brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
Indikatortyp	Prozessindikator	
9		Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Indikator-ID	51847	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit negativem Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie erhielten und bei denen keine Axilladisektion durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom	
Indikatortyp	Indikationsstellung	
10		Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Indikator-ID	51370	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen die Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff weniger als 7 Tage beträgt.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff	
Indikatortyp	Prozessindikator	
11		Nachresektionsrate
Indikator-ID	60659	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Nachresektionen bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort bei abgeschlossener primär-operativer Therapie und erreichtem R0-Status.	
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
12		Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Indikator-ID	211800	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff, die nach abgeschlossener primär-operativer Therapie eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS	
Indikatortyp	Prozessindikator	
13		Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
14	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden ohne Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QI darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

n) Indikatorenliste Perinatalmedizin – Geburtshilfe

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen ¹
Indikator-ID	330
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen), die mindestens zwei Tage vor Geburt stationär aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung ¹
Indikator-ID	50045
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaprophylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittentbindung.
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Kaiserschnittgeburt
Indikator-ID	52249
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten ¹
Indikator-ID	1058
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Entschluss-Entwicklungs-Zeiten von mehr als 20 Minuten bei allen Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden.
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Indikator-ID	51831
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Azidose bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten ¹
Indikator-ID	318
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädiatern bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen).
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ¹
Indikator-ID	51803
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern, an Kindern mit einem 5-Minuten-Apgar unter 5, an Kindern mit einem Base Excess unter -16 und an Kindern mit einer Azidose bei allen reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum 5-Minuten-Apgar, Base Excess und pH-Wert.

Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Indikatortyp	Ergebnisqualität
8	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Indikator-ID	181800
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad IV bei allen Müttern mit spontanen bzw. vaginal-operativen Einlingsgeburten.
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QIs darstellen, mit der Hochzahl ¹ ausgewiesen.

o) Indikatorenliste Perinatalmedizin – Neonatologie

1		Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikator-ID	51070	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2		Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Indikator-ID	51901	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern im Krankenhaus, an Kindern mit einer Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) und an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutungen, selten nekrotisierende Enterokolitis, selten bronchopulmonale Dysplasien und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathien	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		Nosokomiale Infektion
Indikator-ID	50060	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit Sepsis/SIRS später als 3 Tage nach Geburt oder einer Pneumonie später als 72 Stunden nach Geburt bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), die nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt waren und am Tag der Geburt aufgenommen wurden.	
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektionen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Indikator-ID	50062	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einem Pneumothorax, der während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) und die nasal/pharyngeal und intratracheal beatmet wurden.	
Qualitätsziel	Selten Pneumothoraces	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Zunahme des Kopfumfanges
Indikator-ID	52262	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen die Differenz aus der relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfanges bei Entlassung unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt, bei allen Lebendgeborenen mit einer stationären Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm, unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat.	
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfanges während des stationären Aufenthaltes	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Durchführung eines Hörtests
Indikator-ID	50063	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde, bei allen lebend nach Hause entlassenen Kindern.	

Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Indikator-ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m..
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Indikator-ID	50074
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie, mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p.m..
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator

p) Indikatorenliste Pflege: Dekubitusprophylaxe

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Indikator-ID	52009
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik, werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Grad 2-4, oder einem Dekubitus der hinsichtlich des Grades/ der Kategorie nicht näher bezeichnet wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Indikator-ID	52010
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik, werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad 4 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator

q) Indikatorenliste Follow-up Herztransplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12253
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51629
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12269
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51631
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12289
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51633
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator

r) Indikatorenliste Follow-up Leberlebenspende 2017-2019

1	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	12296	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	51603	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	12308	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	51604	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	12324	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	51605	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikator-ID	12549	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Anlage 3 der Tragenden Gründe

8	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12561
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von zwei Jahren nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebensspende erforderlich
Indikator-ID	12577
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebensspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebensspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12609
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12613
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebensspende)
Indikator-ID	12617
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebensspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

s) Indikatorenliste Follow-up Lebertransplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12349
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51596
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12365
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51599
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51602
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator

t) Indikatorenliste Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12397
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12413
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51639
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12433
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51641
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

u) Indikatorenliste Follow-up Nierenlebenspende 2017-2019

1	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12440
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51568
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12452
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin und des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51569
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	12468
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51570
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender

Anlage 3 der Tragenden Gründe

Indikator-ID	12640
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderinnen bzw. beim Nierenlebendspender
Indikator-ID	12644
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Indikator-ID	51997
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Indikator-ID	51998
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende
Indikator-ID	51999
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende

v) Indikatorenliste Follow-up Nierentransplantation 2017-2019

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	2144
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51560
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12199
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51561
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12337
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51562
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatorotyp	Ergebnisindikator

**w) Indikatorenliste Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation
2017-2019**

1	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12493
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51524
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12509
Beschreibung	Zähler: Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51544
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 2 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12529
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51545
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 3 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7		Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
Indikator-ID	12824	
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8		Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
Indikator-ID	12841	
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9		Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
Indikator-ID	12861	
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren	
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Anhang 2 zu Anlage 1: Erforderlichkeit der Daten (Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke)

Der Anhang 2 zu Anlage 1 stellt die erforderlichen Daten für die Maßnahmen der Qualitätssicherung in den Krankenhäusern dar.

Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	aufnehmender Standort	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X	X	X	
16	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
18	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung		X	X	
19	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung		X	X	
20	chronische Bettlägerigkeit		X	X	
21	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer		X	X	X

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

² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	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
	Intubation oder mit Trachealkanüle				
22	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? [Aufnahme]		X	X	
23	<ul style="list-style-type: none"> spontane Atemfrequenz spontane Atemfrequenz nicht bestimmt [Aufnahme]		X	X	
24	Blutdruck systolisch		X	X	
25	Blutdruck diastolisch		X	X	
26	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		X	X	
27	initiale antimikrobielle Therapie		X	X	
28	Beginn der Mobilisation		X	X	
29	maschinelle Beatmung		X	X	
30	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?		X	X	X
31	Abstand Aufnahmedatum bis Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte ⁴			X	X
32	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum ⁵			X	X
33	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X
34	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁷	X	X	X	X
35	Entlassungsdiagnose(n) ⁸	X			
36	Entlassungsgrund	X	X	X	X

4 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ und „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

Laufende Nummer	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
37	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X	
38	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme		X	X	
39	spontane Atemfrequenz [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung]		X	X	
40	Herzfrequenz		X	X	
41	Temperatur		X	X	
42	Sauerstoffsättigung		X	X	
43	Blutdruck systolisch [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung]		X	X	

Leistungsbereich Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X			X
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
16	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
18	Aufnahmediagnose(n) ⁴	X			
19	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
20	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
21	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
22	Entlassungsdiagnose(n) ⁷	X	X	X	
23	Entlassungsgrund	X		X	
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Operation]				X
25	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation]	X			X
26	Vorgangsnummer, GUID [Operation]	X			X
27	Versionsnummer [Operation]				X
28	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
29	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus ⁸	X	X	X	
30	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
31	Voroperation im OP-Gebiet		X	X	
32	perioperative Antibiotikaprophylaxe ⁹		X	X	
33	OP-Datum	X			
34	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰	X		X	X
35	Quartal der Operation ¹¹	X			X
36	Operation ¹²	X	X	X	X
37	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?		X		
38	intraoperative Komplikationen			X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • Blase • Harnleiter • Urethra • Darm • Uterus 		X	X	

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

⁸ Diese Angabe ist nur im Bundesland Hessen verpflichtend zu dokumentieren.

⁹ Diese Angabe ist nur im Bundesland Hessen verpflichtend zu dokumentieren.

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

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	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
	<ul style="list-style-type: none"> • Gefäß-/Nervenläsion • Lagerungsschaden • andere Organverletzungen • andere intraoperative Komplikationen 				
40	postoperative Histologie		X	X	X
41	führender Befund		X	X	X
42	pT		X	X	
43	pN		X	X	
44	M		X	X	
45	G		X	X	
46	assistierte Blasenentleerung		X	X	X
47	<ul style="list-style-type: none"> • wiederholte Einmalkatheterisierung • transurethraler Dauerkatheter • suprapubischer Dauerkatheter 		X	X	
48	Dauer der assistierten Blasenentleerung		X	X	

Leistungsbereich Herzschrittmacherversorgung - Herzschrittmacher-Implantation¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X	X	X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	• Körpergröße		X	X	

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

² 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.

³ 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.

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

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

Laufende Nummer	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
	• Körpergröße unbekannt				
21	• Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt		X	X	
22	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X	X	X	X
24	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
25	führendes Symptom		X	X	
26	Herzinsuffizienz		X	X	
27	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		X	X	X
28	Ätiologie		X	X	
29	Persistenz der Bradykardie		X	X	
30	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		X	X	
31	Diabetes mellitus		X	X	
32	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X	
33	Vorhofrhythmus		X	X	
34	AV-Block		X	X	
35	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	X
36	QRS-Komplex		X	X	
37	Pausen außerhalb von Schlafphasen		X	X	
38	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		X	X	
39	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen			X	
40	• Ejektionsfraktion • EF nicht bekannt		X	X	
41	AV-Knotendiagnostik		X	X	
42	neurokardiogene Diagnostik		X	X	

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

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

Laufende Nummer	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
43	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens		X	X	
44	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend		X	X	
45	OP-Datum	X	X		
46	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
47	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
48	Operation ¹⁰	X	X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cephalica • Vena subclavia • andere 		X	X	
50	Dauer des Eingriffs		X	X	
51	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt • keine Durchleuchtung durchgeführt 		X	X	
52	System		X	X	X
53	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
54	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
55	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
56	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
57	Linksventrikuläre Sonde aktiv?				X
58	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
59	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X

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

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

¹⁰ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	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
60	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • Sonden- bzw. Systemdislokation • Sonden- bzw. Systemdysfunktion • postoperative Wundinfektion • interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle • sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel 			X	
62	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel 			X	
63	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
64	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
65	Entlassungsgrund	X	X	X	
66	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Herzschrittmacherversorgung - Herzschrittmacher- Aggregatwechsel¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X	X	X	X
19	Geschlecht	X	X	X	

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

² 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.

³ 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.

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

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

Laufende Nummer	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
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
23	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
24	OP-Datum	X	X		
25	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
26	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
27	Operation ¹⁰	X		X	
28	Dauer des Eingriffs		X	X	
29	System		X	X	X
30	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
31	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
35	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiges Taschenhämatom 		X	X	

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
	<ul style="list-style-type: none"> • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
37	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
38	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
39	Entlassungsgrund	X		X	
40	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Herzschrittmacherversorgung - Herzschrittmacher-Revision/-
Systemwechsel/-Explantation¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X	X	X	X
19	Geschlecht	X	X	X	

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

² 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.

³ 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.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
23	Indikation zum Eingriff am Aggregat		X	X	
24	Taschenproblem		X	X	
25	Sondenproblem			X	X
26	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde		X	X	
27	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde		X	X	
28	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde		X	X	
29	OP-Datum	X	X		
30	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
31	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
32	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X	
33	Operation ¹⁰	X		X	X
34	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			X	X
35	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X
36	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; Schrittmacher-Aggregat]		X	X	X

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

⁷ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

¹⁰ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
37	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof]		X	X	X
38	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof]		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
40	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	X
41	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
42	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
43	Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	X
44	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	
45	explantiertes System		X	X	
46	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
47	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax 		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • Sonden- bzw. Systemdislokation • Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
48	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel 		X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel 		X	X	
50	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
51	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
52	Entlassungsgrund	X	X	X	
53	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

2 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.

3 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.

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

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

Laufende Nummer	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
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X
20	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X	
21	Aufnahmegrund	X		X	
22	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
23	Geschlecht	X	X	X	
24	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
25	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
26	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		X	X	
27	auslösende OPS-Kodes	X			X
28	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?		X	X	X
29	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
30	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		X	X	
31	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?		X	X	X

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁷ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Laufende Nummer	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
32	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt? [Basis]			X	X
33	Extension/Flexion 1 bei Entlassung			X	X
34	Extension/Flexion 2 bei Entlassung		X	X	
35	Extension/Flexion 3 bei Entlassung		X	X	
36	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
37	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
38	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X
39	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
40	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X	X	X	X
41	Entlassungsgrund	X	X	X	X
42	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X	X	X	X
43	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
44	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
45	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
46	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
47	Versionsnummer [Prozedur]				X
48	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
49	zu operierende Seite		X	X	X
50	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
51	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
52	Art des Eingriffs		X	X	X
53	Datum des Eingriffs	X	X		
54	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
55	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
56	präoperative Verweildauer in Minuten ¹⁴	X		X	X
57	Beginn des Eingriffs		X	X	
58	Dauer des Eingriffs			X	
59	Prozedur(en) ¹⁵		X	X	X
60	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehl- lage • sekundäre Implantatdislokation • offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)lu xation • OP- oder interventionsbedürftige /-s Nachblutung/ Wundhämatom • OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • reoperationspflichtige Wunddehiszenz • reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

¹⁴ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	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
62	postoperative Wundinfektion		X	X	X
63	Wundinfektionstiefe		X	X	
64	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
66	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Hüftgelenknahe Femurfraktur]	X			X
67	Vorgangsnummer, GUID [Hüftgelenknahe Femurfraktur]	X			X
68	Versionsnummer [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
69	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Hüftgelenknahe Femurfraktur]				X
70	Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?				X
71	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? [Hüftgelenknahe Femurfraktur]		X	X	
72	vorbestehende Koxarthrose		X	X	
73	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		X	X	X
74	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X		
75	Zeitpunkt der Fraktur		X		

Laufende Nummer	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
76	Frakturlokalisierung		X	X	X
77	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	
78	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
79	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • sonstige 		X	X	
80	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
81	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
82	Vorgangsnummer, GUID [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
83	Versionsnummer [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
84	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]				X
85	Wievielte elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X
86	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknahe durchgeführt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]		X	X	X

Laufende Nummer	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
87	Erstimplantation Endoprothese: Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“ liegt vor		X	X	
88	Schmerzen [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]		X	X	
89	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation]			X	X
90	Extension/Flexion 1			X	X
91	Extension/Flexion 2		X	X	
92	Extension/Flexion 3		X	X	
93	Ab-/Adduktion 1		X	X	
94	Ab-/Adduktion 2			X	X
95	Ab-/Adduktion 3		X	X	
96	Außen-/Innenrotation 1		X	X	
97	Außen-/Innenrotation 2		X	X	
98	Außen-/Innenrotation 3		X	X	
99	Osteophyten		X	X	
100	Gelenkspalt		X	X	
101	Sklerose		X	X	
102	Deformierung		X	X	
103	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?		X	X	X
104	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		X	X	
105	Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?			X	X
106	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation		X	X	
107	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wechsel]				X
108	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel]	X			X

Laufende Nummer	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
109	Vorgangsnummer, GUID [Wechsel]	X			X
110	Versionsnummer [Wechsel]				X
111	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel]				X
112	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X
113	Schmerzen vor der Prothesenexplantation		X	X	
114	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		X	X	
115	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		X	X	
116	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?			X	X
117	<ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatabrieb/-verschleiß • Implantatfehlage der Pfanne • Implantatfehlage des Schafts • Lockerung der Pfannenkomponente • Lockerung der Schaftkomponente • periprothetische Fraktur • Endoprothesen(sub)-luxation • Knochendefekt Pfanne • Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors) • Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • periartikuläre Ossifikation 				

Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Quartal des Aufnahmetages ¹	X		X	X
15	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ²	X	X	X	X
16	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X	
17	Geburtsjahr ³	X		X	X
18	Geschlecht	X	X	X	
19	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknahe durchgeführt?		X	X	
20	vorbestehende Koxarthrose		X	X	
21	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes			X	X
22	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X		
23	Zeitpunkt der Fraktur		X	X	
24	Frakturlokalisierung		X	X	X
25	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X	

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

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	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
26	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X
27	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • sonstige 		X	X	
28	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
29	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)		X	X	
30	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		X	X	
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
32	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
33	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁴	X		X	X
34	Quartal der Operation ⁵	X		X	X
35	präoperative Verweildauer in Minuten ⁶	X	X	X	X
36	Beginn des Eingriffs		X	X	
37	Dauer des Eingriffs			X	
38	Prozedur(en) ⁷	X		X	
39	Operationsverfahren		X	X	
40	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
41	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • OP- oder interventionsbedürftige/-s Wundhämatom/Nachblutung • OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • Fraktur • reoperationspflichtige Wunddehiszenz • reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
42	postoperative Wundinfektion		X	X	X
43	Wundinfektionstiefe		X	X	

⁴ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	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
44	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
45	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
46	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
47	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		X	X	
48	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?		X	X	
49	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
50	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
51	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X
52	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
53	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X		X	X
54	Entlassungsgrund	X	X	X	X
55	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
56	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X

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

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

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

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

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren – Implantation¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	• Körpergröße		X	X	

¹ Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

² 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.

³ 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.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• Körpergröße unbekannt				
21	• Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt		X	X	
22	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X	X	X	X
24	Herzinsuffizienz		X	X	
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
26	• linksventrikuläre Ejektionsfraktion • LVEF nicht bekannt		X	X	
27	Diabetes mellitus		X	X	
28	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X	
29	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?		X	X	
30	indikationsbegründendes klinisches Ereignis		X	X	X
31	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		X	X	
32	KHK		X	X	X
33	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD		X	X	
34	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn		X	X	
35	Herzerkrankung		X	X	X
36	spontanes Brugada-Typ-1-EKG		X	X	
37	Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)?		X	X	
38	Risiko für plötzlichen		X	X	

6 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
7 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet				
39	WPW-Syndrom		X	X	
40	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		X	X	
41	behandelbare idiopathische Kammertachykardie		X	X	
42	Kammertachykardie induzierbar		X	X	
43	Kammerflimmern induzierbar		X	X	
44	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocker und/oder Ivabradin • AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI) • Diuretika • Aldosteronantagonisten 		X	X	
46	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit		X	X	
47	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation		X	X	
48	Vorhofrhythmus		X	X	
49	AV-Block		X	X	
50	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X	X
51	QRS-Komplex		X	X	
52	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
53	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
54	Operation ¹⁰	X	X	X	
55	<ul style="list-style-type: none"> • Vena cephalica • Vena subclavia • andere 		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
56	Dauer des Eingriffs		X	X	
57	<ul style="list-style-type: none"> Dosis-Flächen-Produkt Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt keine Durchleuchtung durchgeführt 		X	X	
58	System		X	X	X
59	Aggregatposition			X	
60	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhofsonde]		X	X	
61	<ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
62	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden			X	
63	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
64	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
65	Linksventrikuläre Sonde aktiv?		X	X	X
66	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde]		X	X	
67	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
68	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax interventionspflichtiger Perikarderguss interventionspflichtiges Taschenhämatom revisionsbedürftige Sondendislokation revisionsbedürftige Sondendysfunktion postoperative Wundinfektion 		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
69	<ul style="list-style-type: none"> Sondendislokation der Vorhofsonde Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde Sondendislokation der linksventrikulären Sonde Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) 			X	
70	<ul style="list-style-type: none"> Sondendysfunktion der Vorhofsonde Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) 			X	
71	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
72	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
73	Entlassungsgrund	X	X	X	
74	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

2 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.

3 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.

4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „Besonderer Personenkreis“ und „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.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Geburtsjahr ⁵	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Indikation zum Aggregatwechsel		X	X	
23	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
24	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
25	Quartal der Operation ⁹	X		X	X
26	Operation ¹⁰	X		X	
27	Dauer des Eingriffs		X	X	
28	System		X	X	X
29	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof]		X	X	
30	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
31	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde]		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen 		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; linksventrikuläre Sonde]		X	X	

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
34	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
35	<ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiges Taschenhämatom • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 		X	X	
36	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
37	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
38	Entlassungsgrund	X		X	
39	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsjahr ⁵	X		X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

2 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.

3 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷	X		X	X
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
23	Indikation zum Eingriff am Aggregat		X	X	
24	Taschenproblem		X	X	
25	Sondenproblem			X	X
26	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁸	X		X	X
27	Quartal der Operation ⁹	X	X	X	X
28	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X	
29	Operation ¹⁰	X		X	
30	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X
31	Art des Vorgehens [ICD-Aggregat]		X	X	X
32	Aggregatposition			X	
33	explantiertes System			X	X
34	<ul style="list-style-type: none"> • Aggregat: Jahr der Implantation • Jahr der Implantation nicht bekannt 		X	X	
35	Art des Vorgehens [Vorhof]		X	X	X
36	Problem [Vorhof; Art des Vorgehens]		X	X	
37	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde		X	X	
38	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Vorhof; Art des Vorgehens]		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen 		X	X	

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
40	Art des Vorgehens [Erste Ventrikelsonde/Defibrillatio nssonde]		X	X	X
41	Problem [Erste Ventrikelsonde/Defibrillatio nssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
42	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillatio nssonde		X	X	
43	Position [Erste Ventrikelsonde/Defibrillatio nssonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
44	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillatio nssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
45	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillatio nssonde; Art des Vorgehens]		X	X	
46	Art des Vorgehens [Zweite Ventrikelsonde]		X	X	X
47	Problem [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
48	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde		X	X	
49	Position [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
50	<ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
51	<ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude 		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position]				
52	Art des Vorgehens [Dritte Ventrikelsonde]		X	X	X
53	Problem [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
54	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde		X	X	
55	Position [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	X
56	<ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens]		X	X	
57	<ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position]		X	X	
58	Art des Vorgehens [Andere Defibrillationssonde(n)]		X	X	X
59	Problem [Andere Defibrillationssonde(n); Art des Vorgehens]		X	X	
60	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)		X	X	
61	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X
62	<ul style="list-style-type: none"> kardiopulmonale Reanimation interventionspflichtiger Pneumothorax interventionspflichtiger Hämatothorax interventionspflichtiger Perikarderguss interventionspflichtiges Taschenhämatom 		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • revisionsbedürftige Sondendislokation • revisionsbedürftige Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation 				
63	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der Vorhofsonde • Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde • Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde • Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) 		X	X	
64	<ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der Vorhofsonde • Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) 		X	X	
65	Quartal des Entlassungstages ¹¹	X		X	X
66	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
67	Entlassungsgrund	X	X	X	
68	Entlassungsdiagnose(n) ¹³	X		X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Karotis-Revaskularisation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X		X	
16	<ul style="list-style-type: none"> Körpergröße Körpergröße unbekannt 		X	X	
17	<ul style="list-style-type: none"> Körpergewicht bei Aufnahme Körpergewicht unbekannt 		X	X	
18	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
20	Diabetes mellitus		X	X	
21	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
22	<ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
23	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?		X	X	X
24	Karotisläsion rechts		X	X	X
25	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X	
26	<ul style="list-style-type: none"> Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten 		X	X	

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

² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	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
	Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes <ul style="list-style-type: none"> • Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen. 				
27	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X
28	Karotisläsion links		X	X	X
29	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X	
30	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes • Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen. 		X	X	
31	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X
32	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		X	X	
34	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	
35	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige [sonstige Karotisläsionen der rechten Seite]		X	X	
37	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X
38	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige [sonstige Karotisläsionen der linken Seite]		X	X	
39	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		X	X	X
40	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X	

Laufende Nummer	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
41	Quartal des Entlassungstages ⁴	X			X
42	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
43	Entlassungsdiagnose(n) ⁶	X			
44	Entlassungsgrund	X	X	X	
45	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
46	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
47	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
48	Versionsnummer [Prozedur]				X
49	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X
50	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X	X	X	X
51	Quartal der Operation ⁸	X			X
52	<ul style="list-style-type: none"> • Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) • Eingriff ohne Narkose erfolgt 		X	X	
53	Indikation		X	X	
54	therapierte Seite		X	X	
55	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X
56	Prozedur(en) ⁹	X			
57	Art des Eingriffs		X	X	
58	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X	
59	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
60	Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?			X	X
61	<ul style="list-style-type: none"> • ASS • Clopidogrel • sonstige ADP-Rezeptorantagonisten • GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten • sonstige 		X	X	

4 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
62	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X	
63	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
64	neu aufgetretenes neurologisches Defizit		X	X	X
65	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X	

Leistungsbereich Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und –Komponentenwechsel)¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

2 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.

3 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.

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

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

Laufende Nummer	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
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X	X	X	X
20	Aufnahmegrund	X		X	
21	Geburtsjahr ⁷	X		X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Gehstrecke		X	X	
24	Gehhilfen		X	X	
25	auslösende OPS-Kodes	X			X
26	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
27	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
28	Wurde das aktive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?			X	X
29	Extension/Flexion 1 bei Entlassung			X	X
30	Extension/Flexion 2 bei Entlassung		X	X	
31	Extension/Flexion 3 bei Entlassung		X	X	
32	Gehstrecke bei Entlassung		X	X	
33	Gehhilfen bei Entlassung		X	X	
34	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X

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

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

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

Laufende Nummer	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
35	Wochentag 1 bis 7 ⁹			X	
36	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰	X		X	X
37	Entlassungsgrund	X	X	X	X
38	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X	X	X	X
39	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X
40	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
41	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
42	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
43	Versionsnummer [Prozedur]				X
44	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X	X	X
45	zu operierende Seite		X	X	
46	Liegt eine Gonarthrose vor?		X	X	
47	Liegen Fehlstellungen des Knies vor?		X	X	
48	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
49	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
50	Art des Eingriffs		X	X	X
51	Datum des Eingriffs	X	X		
52	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
53	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
54	Dauer des Eingriffs			X	
55	Prozedur(en) ¹⁴		X	X	X

9 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
56	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?			X	X
57	<ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes • Patellafehlstellung • OP- oder interventionsbedürftige/ s Nachblutung/ Wundhämatom • OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • reoperationspflichtige Wunddehiszenz • reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder • postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes • Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae • Fraktur der Patella • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 		X	X	
58	postoperative Wundinfektion			X	X
59	Wundinfektionstiefe		X	X	
60	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen		X	X	
61	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X

Laufende Nummer	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
62	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Knieendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
63	Vorgangsnummer, GUID [Knieendoprothesen-Erstimplantation]	X			X
64	Versionsnummer [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
65	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Knieendoprothesen-Erstimplantation]				X
66	Wievielte Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X
67	Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?		X	X	
68	Schmerzen		X	X	
69	Osteophyten		X	X	
70	Gelenkspalt		X	X	
71	Sklerose		X	X	
72	Deformierung		X	X	
73	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?		X	X	X
74	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?		X	X	
75	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?			X	X
76	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)		X	X	
77	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X

Laufende Nummer	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
78	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X
79	Vorgangsnummer, GUID [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X
80	Versionsnummer [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
81	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X
82	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X
83	Schmerzen vor der Prothesenexplantation		X	X	
84	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)		X	X	
85	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation		X	X	
86	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?			X	X
87	<ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatfehl- lage/ Malrotation • Implantatwanderung • Lockerung der Femur-Komponente • Lockerung der Tibia-Komponente • Lockerung der Patella-Komponente • Knochendefekt Femur • Knochendefekt Tibia • periprothetische Fraktur [Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?] • Endoprothesen(sub)luxation • Instabilität des Gelenks 		X	X	

Laufende Nummer	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
	<ul style="list-style-type: none"> • bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose • Patellanekrose • Patellaluxation • Patellaschmerz 				

Leistungsbereich Mammachirurgie

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschluss datum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X			X
15	Geschlecht	X		X	
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
17	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
19	Aufnahmediagnose(n) ⁴	X			
20	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	
21	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
22	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X	X	X	X
23	Quartal des Entlassungstages ⁶	X			X
24	Entlassungsdiagnose(n) ⁷	X		X	
25	Entlassungsgrund	X	X	X	
26	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Brust]				X
27	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Brust]	X			X
28	Vorgangsnummer, GUID [Brust]	X			X
29	Versionsnummer [Brust]				X
30	betroffene Brust/Seite			X	X
31	Erkrankung an dieser Brust		X	X	X
32	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust		X	X	X
33	Operativer Ersteingriff an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X	
34	tastbarer Mammabefund		X	X	X
35	Mikrokalk		X	X	
36	Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms		X	X	
37	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		X	X	X
38	Histologie			X	X
39	maligne Neoplasie [Histologie]		X	X	
40	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes		X		X
41	Histologischer Typ		X	X	

⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Laufende Nummer	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
42	Grading		X	X	
43	Hormonrezeptorstatus		X	X	
44	HER2-Status		X	X	
45	Ki67-Status		X	X	
46	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen ⁸		X	X	X
47	Quartal (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes ⁹		X		X
48	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	
49	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		X	X	
50	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde		X	X	X
51	maligne Neoplasie [Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde]		X	X	X
52	primär-operative Therapie abgeschlossen		X	X	X
53	weitere Therapieempfehlung		X	X	
54	pT		X	X	
55	pN		X	X	
56	Grading		X	X	
57	Gesamttumorggröße		X	X	
58	Grading (WHO)		X	X	
59	immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus		X	X	
60	HER2-Status		X	X	
61	histologisch gesicherte Multizentrität		X	X	
62	R0-Resektion		X	X	X

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
63	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		X	X	
64	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen		X	X	X
65	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X	
66	brusterhaltende Therapie (BET)		X	X	
67	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
68	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X	
69	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Operation]				X
70	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation]	X			X
71	Vorgangsnummer, GUID [Operation]	X			X
72	Versionsnummer [Operation]				X
73	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Operation]				X
74	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
75	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren		X	X	X

Laufende Nummer	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
76	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie		X	X	
77	OP-Datum	X	X		
78	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰	X	X	X	X
79	Quartal der Operation ¹¹	X			X
80	Operation ¹²	X		X	X
81	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt		X	X	

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

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Leistungsbereich Perinatalmedizin - Geburtshilfe¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Mutter]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Mutter]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Mutter]	X			X
4	Versionsnummer [Mutter]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X	X		X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁴ Nachname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
12	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁵ Vorname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	<ul style="list-style-type: none"> entbindender Standort diagnostizierender Standort (ICD) 	X	X	X	

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

2 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.

3 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besonderer Personenkreis“ wird nicht exportiert.

4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	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
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X			
18	Geburtsnummer			X	
19	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
20	Versorgungsstufe	X		X	
21	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
22	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
23	Quartal des Aufnahmetages ⁷	X		X	X
24	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁸		X	X	X
25	Aufnahmeuhrzeit	X		X	
26	Aufnahmediagnose Mutter ⁹	X		X	
27	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit ¹⁰	X			
28	5-stellige PLZ des Wohnortes		X		
29	Postleitzahl 4-stellig		X		
30	Postleitzahl 3-stellig		X		
31	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften		X	X	X
32	Anzahl Lebendgeburten		X	X	
33	Anzahl Totgeburten		X	X	
34	Befunde im Mutterpass vorhanden			X	X
35	Befunde im Mutterpass ¹¹		X	X	X
36	Indikation für stationären Aufenthalt ¹²			X	
37	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung		X	X	
38	Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt		X	X	X
39	Vortest auffällig		X	X	
40	Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt		X	X	X

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

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
41	Diagnosetest auffällig		X	X	
42	Körpergewicht bei Erstuntersuchung		X	X	
43	Körpergröße		X	X	
44	berechneter, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin		X	X	X
45	Klinisches Gestationsalter		X	X	
46	Aufnahmeart		X	X	
47	Muttermundsweite bei Aufnahme		X	X	
48	Antenatale Kortikosteroidtherapie		X	X	
49	Abstand zwischen Geburtsdatum und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie ¹³		X	X	
50	Aufnahme-CTG		X	X	
51	Geburtsrisiken			X	X
52	Geburtsrisiko ¹⁴		X	X	
53	Geburtseinleitung		X	X	
54	Wehenmittel s. p.		X	X	
55	Episiotomie			X	
56	Damriss		X	X	
57	Blutung > 1000 ml			X	
58	Hysterektomie/Laparotomie		X	X	
59	Sepsis		X	X	
60	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tage		X	X	
61	Anämie Hb < 10 g/dl		X	X	
62	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen		X	X	X
63	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • Harnwegsinfektion 			X	

¹³ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	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
	<ul style="list-style-type: none"> • Wundinfektion/Abszessbildung • Wundhämatom/Nachblutung • sonstige Komplikation 				
64	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹⁵	X		X	
65	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹⁶	X		X	
66	Entlassungsgrund Mutter	X	X	X	
67	Entlassungsdatum Mutter	X			
68	Quartal des Entlassungstages ¹⁷	X		X	X
69	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁸	X		X	X
70	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt		X	X	
71	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Kind]				X
72	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Kind]	X			X
73	Vorgangsnummer, GUID [Kind]	X			X
74	Versionsnummer [Kind]				X
75	laufende Nummer des Mehrlings	X	X		X
76	CTG-Kontrolle		X	X	X
77	<ul style="list-style-type: none"> • externes CTG • internes CTG 		X	X	
78	Blutgasanalyse Fetalblut			X	X
79	Base Excess der Fetalblutanalyse			X	
80	pH-Wert der Fetalblutanalyse			X	
81	Lage		X	X	
82	Geburtsdauer ab Beginn geburtswirksamer Wehen		X	X	
83	Entbindungsmodus		X	X	X

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
84	Indikation zur operativen Entbindung ¹⁹		X	X	
85	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)		X	X	
86	Notsektio		X	X	X
87	Hauptindikation bei Notsektio		X	X	
88	E-E-Zeit bei Notsektio		X	X	
89	Hebamme		X	X	
90	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		X	X	
91	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend		X	X	
92	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen			X	
93	Geburtsdatum des Kindes	X	X	X	
94	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ²⁰	X	X		X
95	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen ²¹	X	X	X	X
96	postpartale Verweildauer der Mutter (in Tagen) ²²	X		X	X
97	Quartal des Geburtstages des Kindes ²³	X		X	X
98	Uhrzeit der Geburt	X	X	X	
99	Geschlecht des Kindes	X	X	X	
100	APGAR [nach 1 min]			X	
101	APGAR [nach 5 min]		X	X	
102	APGAR [nach 10 min]			X	
103	Gewicht des Kindes	X	X	X	
104	Kopfumfang des Kindes	X	X	X	
105	Allgemeinanästhesie		X	X	
106	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie			X	X
107	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	

¹⁹ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Berechneter, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

²² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

²³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	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
108	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X	
109	Volumensubstitution			X	
110	Pufferung		X	X	
111	Maskenbeatmung		X	X	
112	O ₂ -Anreicherung		X	X	
113	Fehlbildungen		X	X	
114	Art der Fehlbildung ²⁴		X	X	
115	Totgeburt		X	X	X
116	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt		X	X	
117	Todeszeitpunkt bei Totgeburt		X	X	
118	Kind in Kinderklinik verlegt	X	X	X	
119	Entlassungsquartal Kind ²⁵	X		X	X
120	postpartale Verweildauer des Kindes (in Tagen) ²⁶			X	X
121	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	X	X		
122	Entlassungs-/Verlegungsurzeit aus der Geburtsklinik Kind	X	X		
123	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind ²⁷	X	X	X	
124	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	X	X	X	X
125	<ul style="list-style-type: none"> • Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus • Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses 	X		X	X
126	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
127	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage		X	X	

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

²⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	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
128	Todesursache des lebendgeborenen Kindes ²⁸			X	
129	Abstand Todesdatum - Geburtsdatum (in Tagen) ²⁹			X	X
130	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	X			

²⁸ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

²⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Todes - lebendgeborenes Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Leistungsbereich Perinatalmedizin - Neonatologie¹

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X	X		X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	X	X		X
13	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁵ Nachname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
14	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁶ 	X	X		X

1 Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.

2 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.

3 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besonderer Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

6 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „Versichertenart“, „besonderer Personenkreis“ und „Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

Laufende Nummer	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
	• Vorname der Mutter liegt nicht vor				
15	Institutionskennzeichen	X			X
16	entlassender Standort	X	X	X	X
17	aufnehmender Standort	X	X	X	
18	Betriebsstätten-Nummer	X			
19	Fachabteilung	X	X		
20	Geschlecht	X	X	X	
21	Mehrlingsgeburt	X	X	X	X
22	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
23	laufende Nummer des Mehrlings	X	X	X	
24	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X	
25	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)		X	X	
26	Geburtsdatum des Kindes	X	X		
27	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ⁷	X	X		X
28	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen) ⁸		X	X	X
29	Alter bei Aufnahme in Stunden ⁹	X	X	X	X
30	Geburtsjahr [Geburtsdatum des Kindes] ¹⁰	X		X	X
31	Uhrzeit der Geburt	X	X		
32	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X	
33	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X
34	Transport zur Neonatologie		X	X	
35	primäre palliative Therapie (ab Geburt)		X	X	X
36	Kind im Kreißsaal verstorben			X	X

⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“, „Uhrzeit der Geburt“, „Aufnahmedatum“ und „Aufnahmeuhrzeit“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Laufende Nummer	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
37	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen) ¹¹		X	X	X
38	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X	
39	Monat des Aufnahmetages ¹²	X		X	X
40	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X		
41	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung ¹³	X		X	X
42	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	X	X		
43	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	X	X		
44	Aufnahme ins Krankenhaus von		X	X	X
45	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus • Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses 	X	X	X	X
46	entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses	X	X	X	
47	Gewicht bei Aufnahme	X	X	X	
48	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Aufnahme • Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
49	<ul style="list-style-type: none"> • Körpertemperatur bei Aufnahme • Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
50	Fehlbildungen		X	X	X
51	Art der Fehlbildung ¹⁴		X	X	
52	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum in pädiatrische Fachabteilung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	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
53	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X	X	X
54	Status bei Aufnahme [Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie]		X	X	
55	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	X
56	Status bei Aufnahme [Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)]		X	X	
57	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden		X	X	X
58	Datum der Untersuchung		X		
59	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X	X	X
60	ROP-Status bei Aufnahme		X	X	
61	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X
62	Beginn [Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)]		X	X	
63	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁵		X	X	X
64	endgültige Beendigung		X	X	
65	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁶		X	X	X
66	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X
67	Beginn [Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt]	X	X	X	
68	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁷	X	X	X	X

¹⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁷ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	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
69	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	X	X	X	
70	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁸	X	X	X	X
71	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	X	X	X	
72	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung inklusive CPAP (in Tagen) ¹⁹	X	X	X	X
73	Pneumothorax		X	X	X
74	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X	
75	Behandlung des Pneumothorax		X	X	
76	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X	
77	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X	X	X
78	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)		X	X	
79	Sepsis/SIRS		X	X	X
80	Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns		X	X	
81	Pneumonie		X	X	X
82	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Pneumonie-Beginn ²⁰		X	X	X
83	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		X	X	X
84	Status bei Aufnahme [Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)]		X	X	
85	Neugeborenen-Hörscreening		X	X	

18 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

19 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

20 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Datum des Pneumonie-Beginns“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	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
86	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes			X	X
87	<ul style="list-style-type: none"> • OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie) • OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis) • OP eines Hydrozephalus 		X	X	
88	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X	
89	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²¹	X	X	X	X
90	Monat des Entlassungstages ²²	X		X	X
91	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt	X			X
92	Körpergewicht bei Entlassung	X	X	X	
93	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Entlassung • Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt 		X	X	
94	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf		X	X	
95	Entlassungsgrund	X	X	X	X
96	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X	X
97	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
98	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	X	X		
99	Todesursache		X	X	
100	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ²³	X	X	X	

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

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

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

Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9 *	Institutionskennzeichen	X			X
10 *	entlassender Standort	X	X	X	X
11	Betriebsstätten-Nummer	X			
12	Fachabteilung	X			
13 *	Geburtsjahr ¹	X		X	X
14	Geschlecht	X		X	
15	Monat des Aufnahmetages ²	X		X	X
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³	X	X	X	X
17	Aufnahmegrund	X		X	
18	Monat des Entlassungstages ⁴	X	X	X	X
19	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X			X
20	Verweildauer im Krankenhaus in Stunden		X		X
21	Entlassungsgrund	X		X	
22 *	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2		X	X	
23 *	sonstiger Diabetes Mellitus		X	X	
24 *	eingeschränkte Mobilität		X	X	
25 *	Infektion		X	X	
26 *	Demenz und Vigilanzstörung		X	X	
27 *	Inkontinenz		X	X	

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
28 *	Untergewicht oder Mangelernährung		X	X	
29 *	Adipositas		X	X	
30 *	weitere schwere Erkrankungen		X	X	
31 *	Dauer der Beatmung		X	X	
32	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Dekubitus]				X
33	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dekubitus]	X			X
34	Vorgangsnummer, GUID [Dekubitus]	X			X
35	Versionsnummer [Dekubitus]				X
36	Wievielter Dekubitus?				X
37 *	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	X	X	X	
38 *	Seitenlokalisierung	X			X
39	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")		X	X	
40	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")			X	

* Information wird in anonymisierter, aggregierter Form für die gesamte Zielpopulation des Leistungsbereiches (also auch für Patienten ohne Dekubitus) in der Risikostatistik erfasst.

Für den Leistungsbereich Follow-up Herztransplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe e „Herztransplantation (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Für den Leistungsbereich Follow-up Leberlebenspende 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe b „Leberlebenspende (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Für den Leistungsbereich Follow-up Lebertransplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe a „Lebertransplantation (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Für den Leistungsbereich Follow-up Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe c „Lungentransplantation (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Für den Leistungsbereich Follow-up Nierenlebenspende 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 5 Anlage II Buchstabe g „Nierenlebenspende (Follow-up)“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Für den Leistungsbereich Follow-up Nierentransplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 4 Anlage II Buchstabe d „Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.

Für den Leistungsbereich Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 2017-2019 sind die erforderlichen Daten in der Tabelle gemäß Teil 2 Verfahren 4 Anlage II Buchstabe d „Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up“ der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der jeweils geltenden Fassung festgelegt.“

III. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juni 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH- RL): Anpassungen zum Erfassungsjahr 2020

Stand 21.03.2019

Hinweis:

Dissentente Positionen sind **gelb hinterlegt**.

Der Entwurf der Tragenden Gründe wird im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.

Vom 20. Juni 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Zu den Regelungen im Einzelnen:.....	2
4.	Bürokratiekostenermittlung	5
5.	Verfahrensablauf	5
6.	Fazit	6
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	6

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser. Auf dieser Rechtsgrundlage hat der G-BA die Richtlinie gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL) beschlossen. Diese wird vorliegend geändert.

Gegenstand der Änderungen sind im Wesentlichen Änderungen in Bezug auf die herzchirurgischen und transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche, die in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt werden. Darüber hinaus werden die Regelungen zu den Rechenregeln ergänzt und eine Liste der Qualitätsindikatoren zu den Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL mit aufgenommen.

DKG

Des Weiteren werden eine Änderung der Regelungen zur Datenvalidierung in § 9 Absatz 5 vorgenommen sowie die Festlegungen für die Fachgruppen in § 18 modifiziert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Im Eckpunktebeschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung vom 21. Juli 2016 hat sich der G-BA auf einheitliche Rahmenbedingungen zur Umsetzung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung geeinigt. In der Folge trat mit Beschluss vom 19. Juli 2018 eine neue Rahmenrichtlinie (DeQS-RL) zum 1. Januar 2019 in Kraft, unter deren Dach die bestehenden datengestützten Verfahren zur sektorspezifischen (QSKH-RL) und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) sukzessive überführt werden sollen. In diesem Rahmen geht der Leistungsbereich Nierentransplantation der QSKH-RL zum 1. Januar 2020 in das QS-Verfahren QS-NET der DeQS-RL über. Auch die so genannten Index- oder Ersteingriffe der übrigen transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche fallen ab dem 1. Januar 2020 unter den neuen Regelungsbereich der DeQS-RL. Im Regelungsbereich der QSKH-RL verbleibt vorerst die Erhebung des Follow-up der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche. Dies betrifft das Follow-up nach einem, zwei und drei Jahren für Indexeingriffe, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt wurden.

3. Zu den Regelungen im Einzelnen:

§ 7 Datenfluss beim direkten Verfahren

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 stellt sicher, dass das Transplantationsregister entsprechend den Vorgaben des Transplantationsgesetzes und der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen die zu Zwecken der Qualitätssicherung erhobenen Daten verarbeiten kann.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche sowie Erstellung und Übersendung von Auswertungen

Zu Absatz 1

Unter Rechenregeln werden alle Festlegungen verstanden, die notwendig sind, um aus gegebenen Qualitätssicherungsdaten das Ergebnis eines Qualitätsindikators zu berechnen.

Dies sind Regeln für die Bestimmung der Grundgesamtheit inklusive Zeitbezug und die Berechnung des Ergebnisses eines Indikators, einschließlich seines Referenzbereiches. Ist der Indikator risikoadjustiert oder als Zusammenfassung mehrerer Einzelparameter definiert (Index), so handelt es sich um komplexe Rechenregeln bzw. Rechenmodelle. Beinhaltet die Darstellung unterschiedlicher Indikatorergebnisse die Angabe statistischer Signifikanzen, so umfassen die Rechenregeln auch die zugrundeliegenden statistischen Verfahren.

Gemäß § 18 sind themenspezifische Informationen insbesondere bei Aspekten der Referenzwerte und der Risikoadjustierung durch Hinzuziehen der jeweiligen medizinischen Expertinnen und Experten auf Bundesebene einzuholen. Darüber hinaus können auch themenunabhängig Expertinnen und Experten z. B. zu mathematisch-statistischen Fragestellungen gemäß § 18 der Richtlinie hinzugezogen werden.

Zu Absatz 2

Die Rechenregeln werden prospektiv veröffentlicht, d. h. bevor die Datenerfassung beginnt. Dies soll dazu beitragen, das Verfahren fair und transparent zu gestalten. Spätere Abweichungen der endgültigen Rechenregeln von den prospektiv festgelegten Regeln und Referenzbereichen werden vom IQTIG begründet.

Die endgültigen Rechenregeln veröffentlicht das IQTIG am 15. April des Jahres der Auswertung. Falls Änderungen an den Rechenregeln noch nach diesem Datum notwendig sind (insbesondere die Korrektur von Fehlern im Einzelfall, die u. U. erst im Verlauf der Erstellung der Bundesauswertung deutlich werden), werden diese durch das IQTIG nachträglich veröffentlicht.

§ 9 Datenvalidierung

Zu Absatz 5 Satz 6

DKG	GKV-SV/PatV
Satz 6 wird gestrichen, da sich gezeigt hat, dass aufgrund der Verfahrensabläufe weder vom IQTIG noch von den auf Landesebene beauftragten Stellen zum vorgegebenen Zeitpunkt eine konkrete Aussage darüber getroffen werden kann, ob der MDK des jeweiligen Bundeslandes beauftragt wird.	[keine Übernahme]

§ 14 Verantwortliches Gremium

Zu Absatz 1

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Satz 1.

§ 18 Fachgruppen

Zu Absatz 1

DKG
In § 18 Abs. 3 wird die Benennung der Fachgruppenmitglieder zukünftig neu geregelt und eine individuelle Benennungsdauer eingeführt. Mit den Änderungen in Abs. 1 werden die nach §140f Abs. 2 SGB V benannten sachverständigen Personen von dieser Neuregelung ausdrücklich ausgenommen, um diesen auch zukünftig eine kontinuierliche Teilnahme zu ermöglichen.

Zu Absatz 3

DKG

Satz 1: Der maximale Benennungszeitraum von drei Jahren bezieht sich auf das jeweilige nach Abs. 1 Satz 4 benannte Mitglied. Die Benennung kann jederzeit erfolgen. Bei vorzeitigem Ausscheiden eines nach Abs. 1 Satz 4 benannten Mitglieds kann sofort ein neues Mitglied für die Dauer von maximal drei Jahren benannt werden.

Durch Satz 2 werden zukünftig auch Abbenennungen möglich, beispielsweise bei dauerhafter Nicht-Teilnahme eines benannten Mitglieds.

Satz 3: Durch den regelmäßigen Wechsel der Experten bei gleichzeitig individueller Benennungsdauer wird der wissenschaftliche Diskurs und die wissenschaftliche Ausgewogenheit unterstützt, ohne dass der Bundesfachgruppe die notwendige methodische Kontinuität verlorengeht.

Durch den neuen Satz 5 wird Personenidentität in den Expertengremien der jeweiligen datengestützten Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA ausgeschlossen. Dies soll die wissenschaftliche Unabhängigkeit der jeweiligen Experten in den auf unterschiedlichen normativen Regelungen basierenden Verfahren unterstützen.

§ 19 Datenschutz und Schweigepflicht

Zu Absatz 4

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Satz 1.

§ 23 Nachweise

Zu Absatz 3

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung des Verweises in Satz 3.

§ 24 Qualitätssicherungsabschläge und Ausgleiche

Zu Absatz 1

Die Streichungen in § 24 Absatz 1 stellen redaktionelle Folgeänderungen dar, die sich aufgrund des Wechsels der Indexeingriffe der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche und der Überführung der herzchirurgischen Leistungsbereiche unter den neuen Regelungsbereich der DeQS-RL ergeben.

Anlage 1 Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2020

Die Aufzählung der einbezogenen Leistungen in der Qualitätssicherung des Jahres 2020 wird angepasst. Die Indexeingriffe der transplantationsmedizinischen Leistungsbereiche wechseln unter den neuen Regelungsbereich der DeQS-RL. Die Änderungen stellen klar, dass das Follow-up für Indexeingriffe aus den Jahren 2017 bis 2019 unter dem Regelungsbereich der QSKH-RL verbleibt.

Zum Anhang 1 der Anlage 1 (Indikatorenlisten)

In dem neuen Anhang 1 der Anlage 1 werden die Qualitätsindikatoren zur QSKH-RL aufgelistet.

Zum Anhang 2 der Anlage 1 (Erforderlichkeitstabellen)

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen im Anhang 2 der Anlage 1 sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation 2020 des IQTIG (**Anlage 2**) aufgeführt.

4. Bürokratiekostenermittlung

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

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

5. Verfahrensablauf

Am 4. Oktober 2018 begann die AG Externe stationäre QS (AG EsQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. Ab Januar 2019 wurde die Beratung in der Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) fortgeführt. Der Beschlussentwurf wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) zu seiner Sitzung am 6. März 2019 vorgelegt.

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
4. Oktober 2018	AG EsQS	Beginn der Beratungen
12. Oktober 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
14. November 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
28. November 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
12. Dezember 2018	AG EsQS	Beschlussentwurf
8. Januar 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf
22. Januar 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf
13. Februar 2019	AG DeQS	Beschlussentwurf, Tragende Gründe
6. März 2019	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
8. Mai 2019	UA QS	Auswertung Stellungnahme und ggf. Anhörung
20. Juni 2019	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. März 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 4**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. Mai 2019 durchgeführt (**Anlage 5**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stimmnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. Anlage 5).

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

Die 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.

7. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: IQTIG: Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL. Erläuterungen. (Stand 20.02.2019)

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 4: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. Juni 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL

Erläuterungen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 20. Februar 2019

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL.
Erläuterungen

Ansprechpartnerin:

Claudia Ammann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

10. Januar 2019, korrigierte Fassung vom 20. Februar 2019

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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	8
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	12
2.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen.....	12
2.1.1 Daten für die Fallidentifikation	13
2.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung.....	14
2.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung.....	14
2.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe	15
2.2 Eindeutige Vorgangsnummern	15
2.3 Standortangaben.....	16
2.4 Datenfeld „Geschlecht“.....	18
2.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“	18
2.6 Redaktionelle Änderungen	18
3 Modulspezifische Empfehlungen	21
3.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)	21
3.2 Herzschrittmacher-Implantation (09/1).....	21
3.3 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2).....	23
3.4 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	23
3.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)	25
3.6 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5).....	26
3.7 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	26
3.8 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	27
3.9 Gynäkologische Operationen (15/1).....	28
3.10 Geburtshilfe (16/1).....	31
3.11 Neonatologie (NEO)	33
3.12 Mammachirurgie (18/1).....	38
3.13 Dekubitusprophylaxe (DEK)	40

3.14	Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1).....	41
3.15	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1).....	42
3.16	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	42
3.17	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	43
3.18	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	43
3.19	Übergreifende Empfehlungen für die Follow-up-Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXFU, LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTXFU), zur Leber- und Nierenlebendspende (LLSFU, NLSFU) und zur Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTXFU)	45
4	Releaseplanung	48
	Literatur.....	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Module der bestehenden QS-Verfahren nach QSKH-RL	10
Tabelle 2:	Histologieschlüssel nur Nutzung in Qualitätsindikatoren (Modul 15/1).....	29
Tabelle 3:	Histologieschlüssel nur Nutzung in der Basisauswertung (Modul 15/1)	30
Tabelle 4:	Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2020	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Indexeingriffe und Follow-up-Erhebungen (1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) am Beispiel der Module LTX und LTXFU	46
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
AG-IT	Arbeitsgruppe der Abteilung Informationstechnologie des IQTIG
AK	Auffälligkeitskriterium
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASA	American Society of Anesthesiologists
AV-Block	atrioventrikulärer Block
BPD	bronchopulmonale Dysplasie
BTS	Bradykardie-Tachykardie-Syndrom
CPAP	Maskenbeatmung (<i>continuous positive airway pressure</i>)
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher (<i>cardiac resynchronization therapy pacemaker</i>)
CSS	Karotis-Sinus-Syndrom (<i>carotid sinus syndrome</i>)
DCIS	duktales Carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ECMO	extrakorporaler Membranoxygenation (<i>extracorporeal membrane oxygenation</i>)
EDV	elektronische Datenverarbeitung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
FU	Follow-up
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GUID	Globally Unique Identifier
HER2	Human epidermal growth factor receptor 2
HFNC	High-Flow-Nasenkanüle (<i>high flow nasal cannulae</i>)
HFO	Hochfrequenz-Oszillation (<i>high frequency oscillation</i>)

Abkürzung	Bedeutung
HIE	hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICD	implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (<i>implantable cardioverter-defibrillator</i>)
ID	Identifikationsnummer
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
IVH	intraventrikuläre Hämorrhagie
Ki	Kiel
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
MRT	Magnetresonanztomographie
NEK	nekrotisierende Enterokolitis
NIV	nicht invasive Beatmung (<i>noninvasive ventilation</i>)
O / E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate (<i>observed to expected ratio</i>)
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PVH	periventrikuläre Hämorrhagie
PVL	periventrikuläre Leukomalazie
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QI-ID	Identifikationsnummer des Qualitätsindikators
QS	Qualitätssicherung
QS NET	QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
ROP	Frühgeborenenretinopathie (<i>retinopathy of prematurity</i>)
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SIRS	systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (<i>systemic inflammatory response syndrome</i>)
SS	Schwangerschaft

Abkürzung	Bedeutung
SSS	Sinusknotensyndrom (Sick-Sinus-Syndrom)
TAD	Targeted Axillary Dissection
VST	Vertrauensstelle
VVI	Ventrikel Ventrikel Inhibiert (Einkammer-Herzschrittmacher, der nur in der Herzkammer (Ventrikel) wahrnimmt und stimuliert)
VVS	vasovagales Syndrom

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik) und die automatisierte Erstellung von Basisinformationen für eine spezifische Zielpopulation auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten beim Leistungserbringer (Risikostatistik).

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Zielsetzung und Zielgruppe

Die Basisspezifikation ist ein komplexes Regelwerk, das mithilfe verschiedener Komponenten verbindliche Grundlagen für alle Prozesse im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von QS-Daten bei den unterschiedlichen Verfahrensteilnehmern (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) vorgibt und beschreibt. Die Komponenten der Spezifikation sind daher so ausgestaltet, dass sie von QS- und/oder IT-/EDV-Expertinnen und -Experten verstanden werden. Die Spezifikation richtet sich ausschließlich an diesen Teilnehmerkreis. Die Regelung und die Art der Darlegung der Spezifikationskomponenten sind auf eine möglichst automatisierte Nutzung durch diesen Personenkreis ausgerichtet.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die einen Vergleich der Qualität von erbrachten Leistungen zum Ziel haben, stellen eine Reihe von Anforderungen an die Datenerhebung, Datenerfassung und Plausibilitätsprüfung, um valide, reliable und vergleichbare Daten gewinnen zu können. Die Erfassung und Plausibilitätsprüfung durch unterschiedliche Softwareumsetzungen beinhaltet grundsätzlich die Gefahr einer Verzerrung der Daten. Die Vorgaben der Spezifikation, die eine einheitliche Festlegung von Datenfeldbeschreibungen, Plausibilitätsregeln, Grundsätzen der Benutzerschnittstellengestaltung und Datenübermittlungsformaten umfassen, sollen dazu dienen, dieser Gefahr entgegenzuwirken. Dadurch werden die Erhebung valider und vergleichbarer Daten sowie ein unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten sicherer Datenfluss gewährleistet.

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Damit soll erreicht werden, dass alle Leistungserbringer die Komponenten korrekt anwenden und Dokumentationspflichten erkennen sowie Klarheit darüber besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind einzuhalten. Die Art der Umsetzung kann jedoch individuell auf

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 21. Juni 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019.
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 08.01.2019).

die Zielgruppen der Software ausgerichtet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die verfahrensspezifische Zurverfügungstellung und Erläuterung der generischen technischen Fehlermeldungen. Da beispielsweise die Fehlermeldungstexte der administrativen Prüfungen allgemein formuliert sind, können Verfahrensteilnehmer (Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) die Meldungstexte so konkretisieren, dass sie für den Empfänger (insbesondere für Ärztinnen und Ärzte) für den individuellen Fall verständlich sind. Diese Fehlermeldungen sind nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikationsempfehlungen.

Auf der Website des IQTIG stehen Informationen für Endanwender zu den einzelnen Verfahren und zur Erleichterung der Dokumentation bereit. Zu Letzterem gehören die Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise und Anwenderinformationen. Diese Dokumente, die sich an Leistungserbringer richten, die Anwender der QS-Software sind (z. B. Ärztinnen oder Ärzte), sind unter Berücksichtigung verschiedener Anforderungen möglichst anwenderorientiert und verständlich formuliert. Neben der Verständlichkeit werden beispielsweise auch Aspekte wie Einheitlichkeit, technische Umsetzbarkeit und Aufwand bei Verfahrensteilnehmern berücksichtigt. Ist gemäß Beauftragung durch den G-BA eine Spezifikation auf Grundlage eines Abschlussberichtes des AQUA-Instituts zu erstellen, werden die Texte der Spezifikation im Regelfall aus diesem Bericht übernommen. Verständlichkeit und Anwenderorientierung entsprechen in diesem Fall den Vorgaben des AQUA-Instituts.

Die Basisspezifikation beinhaltet neben Vorgaben für die Verfahren zur externen stationären Qualitätssicherung nach QSKH-RL auch Vorgaben zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)². Damit werden mit niedergelassenen Leistungserbringern, ambulant am Krankenhaus erbrachten Eingriffen, Krankenkassen und neuen Datenannahmestellen weitere Beteiligte und Leistungen in die gesetzliche Qualitätssicherung einbezogen.

Die Spezifikation richtet sich an alle beteiligten Leistungserbringer und die von ihnen beauftragten Softwarehersteller, unabhängig vom Versorgungssektor oder vom Abrechnungskontext der Leistungserbringung.

Spezifikation für die QS-Verfahren nach QSKH-RL

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2020³ empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach QSKH-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen der Verfahren resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellen erstellt. Diese

² Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 03.01.2019).

³ 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.

stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

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

Modulname	Modulbezeichnung
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation
10/2	Karotis-Revaskularisation
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
NEO	Neonatologie
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
HTXFU	Follow-up Herztransplantation
LUTXFU	Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation
LTXFU	Follow-up Lebertransplantation
LLSFU	Follow-up Leberlebendspende
NLSFU	Follow-up Nierenlebendspende
PNTXFU	Follow-up Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-) transplantation

Da das IQTIG zur Erstellung der Spezifikationsempfehlungen ausreichend Vorlaufzeit und Planungssicherheit benötigt, können die aktuellen Beratungen aus den Gremien des G-BA nur bis zu einem definierten Stichtag in der vorliegenden Empfehlung berücksichtigt werden. Um die Spezifikationsempfehlungen zum Abgabetermin am 10. Januar 2019 finalisieren zu können, hat das IQTIG den Stichtag auf Freitag, den 23. November 2018, festgelegt.

Zum Zeitpunkt des Stichtags lagen beispielsweise noch keine finalen Entscheidungen zum weiteren Vorgehen in Bezug auf Standortkennzeichen (Abschnitt 2.3) und bezüglich einer Übergangslösung zur Erhebung von Follow-up-Daten in den Leistungsbereichen der Transplantationsmedizin (Abschnitt 3.19) vor.

Die Beratung wurde in den Sitzungen der AG DeQS-RL am 12. und am 13. Februar 2019 abgeschlossen. Die Beratungsergebnisse wurden in der vorliegenden korrigierten Fassung der Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL berücksichtigt.

2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.



Hinweis zu richtlinienübergreifenden Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen zur Spezifikation werden in den Gremien des G-BA beraten und konsentiert. Da die im Folgenden beschriebenen Empfehlungen zu Modulen der Basispezifikation richtlinienübergreifend vorgenommen werden, ist eine Beratung in allen betroffenen Gremien erforderlich.

2.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen

In den aktuellen Richtlinien des G-BA werden die Verwendungszwecke von Datenfeldern in die folgenden vier Kategorien aufgeteilt:

- Daten für die Fallidentifikation
- Datenfelder für die Indikatorberechnung
- Datenfelder für die Basisauswertung
- technische und anwendungsbezogenen Gründe

Im Rahmen der Verfahrenspflege hat sich gezeigt, dass diese vier Kategorien einer genaueren Definition bedürfen. In bestimmten Fällen war nicht immer eindeutig, welche Kategorie für welchen Verwendungszweck genutzt werden sollte. Beispielsweise waren für Datenfelder, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs, zur Risikoadjustierung oder im Rahmen von Kennzahlen genutzt werden sollen, die Kategorien unklar. Auch hat sich gezeigt, dass viele Kreuze nach Übergabe vom AQUA-Institut an das IQTIG nicht immer nachvollzogen werden konnten.

Seit der Spezifikation 2017 hat das IQTIG in mehrstufigen Prüfverfahren alle Datenfelder, die ausschließlich für die „Basisauswertung“ in der Spezifikation vorgesehen sind, auf ihre Erforderlichkeit vor dem Hintergrund des Gebots der Datensparsamkeit (§ 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V) geprüft. Datenfelder, die keinem relevanten Verwendungszweck zugeordnet werden können, werden nicht durch das IQTIG erhoben. In diesem Zusammenhang ist die korrekte Zuordnung von Datenfeldern zu den vier Kategorien von besonderer Relevanz.

Für das Erfassungsjahr 2020 hat das IQTIG daher folgende Definitionen für die vier Kategorien festgelegt und die Erforderlichkeitstabellen entsprechend überarbeitet. Diese Überarbeitung betrifft beispielsweise folgende Punkte:

- Sämtliche Verwendungszwecke in den Erforderlichkeitstabellen wurden anhand der neuen Kriterien auf Korrektheit geprüft.⁴

⁴ Da das berechnete Ersatzfeld „Wochentag 1 – 7“ lediglich in den Modulen zur Orthopädie und Unfallchirurgie verwendet wird, wird es in allen anderen Modulen übergreifend gestrichen.

- Alle Erforderlichkeitstabellen wurden auf Vollzähligkeit geprüft.⁵
- Überschriften und Fußnoten wurden auf inhaltliche Korrektheit geprüft.⁶
- Sich daraus ergebende Anpassungen wurden identifiziert und vorgenommen. Diese werden im Änderungsmodus dargestellt.

Da sich die Erforderlichkeitstabellen immer auf ein zukünftiges Erfassungsjahr beziehen, sind im Folgenden auch geplante Verwendungszwecke (z. B. geplante Indikatoren) gemeint. Ein Kreuz wird bei „Listenfeldern“ auch gesetzt, wenn nur eines der unter den Bullet Points dargestellten Felder der Kategorie entspricht.

2.1.1 Daten für die Fallidentifikation

Das Kreuz in der Kategorie „Daten für die Fallidentifikation“ wird gesetzt, wenn

- ein Datenfeld zur Überprüfung einer korrekten Auslösung durch den QS-Filter genutzt werden kann.⁷

Damit ist eine technische Fallidentifikation gemeint, die die Dokumentationspflicht eines QS-Bogens bzw. eines Falles abbildet.

- es sich um Datenfelder zu patienten- oder leistungserbringeridentifizierenden Daten handelt.⁸

In diesem Fall handelt es sich um eine gruppierungstechnische Fallidentifikation. Diese ordnet einen QS-Bogen bzw. einen Fall einem bestimmten Leistungserbringer zu oder ermöglicht die Verknüpfung verschiedener zusammengehöriger Fälle im Rahmen von Follow-up-Verknüpfungen.

- es sich um Datenfelder zur Fallidentifikation im Rahmen von verknüpfbaren Fällen (z. B. zur Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie) handelt.

In diesem Fall handelt es sich ebenfalls um die Identifikation verschiedener zusammengehöriger Fälle im Rahmen von Follow-up-Verknüpfungen.

- das Datenfeld für eine Identifizierung des Falles im Strukturierten Dialog herangezogen werden kann.⁹

⁵ Beispielsweise wurde in den Modulen HEP und KEP jeweils das Exportfeld „auslösende OPS-Kodes“ ergänzt, da dieses bisher in der Erforderlichkeitstabelle fehlte.

⁶ Beispielsweise wurde bisher über eine Fußnote beschrieben, dass die Exportfelder aus den Informationen berechnet werden, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Laut der bisherigen Fußnote existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Information exportiert wird (Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“). Da es nicht auszuschließen ist, dass weitere Datenfelder in der QS-Dokumentation von Relevanz sind, obwohl sie nicht an das IQTIG exportiert werden müssen, und weil nicht alle Exportfelder berechnete Felder sind, empfiehlt das IQTIG, die Fußnote zu streichen.

⁷ Beispiel: Die Datenfelder „Aufnahmedatum“ und „Entlassungsdatum“ erhalten ein Kreuz in dieser Kategorie, da diese auch im QS-Filter verwendet werden. Über Plausibilitätsregeln kann geprüft werden, ob der Fall tatsächlich im Erfassungsjahr behandelt wurde, sodass der Dokumentationsbogen bei Bedarf wieder storniert werden kann.

⁸ Zum Beispiel „eGK-Versichertennummer“, „Institutionskennzeichen“, „Empfänger- oder Spender-ID (ET-Nummer)“.

⁹ Zum Beispiel „Vorgangsnummer“.

Hierbei wird eine anwenderbezogene Fallidentifikation betrachtet, die es dem Leistungserbringer ermöglicht, einen bestimmten QS-Bogen bzw. Fall möglichst aufwandsarm im Datenbestand zu finden.

2.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung

Das Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ wird gesetzt, wenn

- das Datenfeld im Rahmen von Qualitätsindikatoren (Rechenregeln) für Verfahren nach Richtlinien des G-BA zur Anwendung kommt oder zur Berechnung von indikatorrelevanten Feldern notwendig ist. Diese Kategorie meint ebenfalls Datenfelder, die zum Ausschluss von Fällen aus der Grundgesamtheit benötigt werden.
- das Datenfeld zur Indikatorberechnung für einzelne Bundesländer zur Anwendung kommt.
- die Angabe zwar nicht in der Rechenregel selbst referenziert wird, aber zur Aggregation/Gruppierung im Rahmen der Indikatorberechnung nötig ist.¹⁰ Hierunter fallen auch z. B. Datenfelder im Rahmen der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie, die zur Generierung eines Pseudonyms herangezogen werden. Diese werden zur Berechnung von Follow-up-Indikatoren benötigt.
- das Datenfeld zur Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren herangezogen wird.
- das Datenfeld (ggf. unter Einbeziehung weiterer Felder) zur Berechnung eines Auffälligkeitskriteriums (AK) genutzt wird und das AK zur Validierung ebendieses (indikatorrelevanten) Feldes verwendet wird.¹¹
- das Datenfeld im Rahmen von Kennzahlen zur Anwendung kommt. Hierbei werden Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen¹² wie Qualitätsindikatoren behandelt. Da Kennzahlen berichtspflichtig sind, stellen diese einen QS-relevanten Verwendungszweck dar. Qualitätsindikatoren, Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen können in kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen unterteilt werden.

2.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung

Das Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Basisauswertung“ wird gesetzt, wenn

- das Datenfeld im Kapitel „Basisauswertung“ in der Bundesauswertung dargestellt wird.
- das Datenfeld in einem AK zur Anwendung kommt, das zur Validierung eines anderen Feldes verwendet wird.¹³

¹⁰ Zum Beispiel „Institutionskennzeichen“, „entlassender Standort“.

¹¹ Beispiel: Das AK 850336 im Modul KEP hat zum Ziel, die häufige Angabe der Entlassungsdiagnose M96.6 ohne Dokumentation einer periprothetischen Fraktur zu bewerten. Da das Feld „Entlassungsdiagnose(n)“ zur Indikatorberechnung benötigt wird und die Validität in diesem Feld daher von besonderer Wichtigkeit ist, wird das Kreuz in der Spalte „Datenfelder zur Indikatorberechnung“ durch dieses AK zusätzlich gestützt.

¹² Da derzeit noch keine verfahrensspezifischen Kennzahlen etabliert sind, werden sie aktuell noch nicht als relevanter Verwendungszweck in den Erforderlichkeitstabellen geführt.

¹³ Beispiel: Das AK 850312 im Modul 15/1 hat zum Ziel, fehlende Angaben von Komplikationen bei hoher Verweildauer zu bewerten. Das Datenfeld „Operation“ wird zur Berechnung dieses AK verwendet, obwohl das

- das Datenfeld Verwendung im Strukturierten Dialog findet.
- das Datenfeld zur Datenvalidierung für Verfahren nach Richtlinien des G-BA herangezogen wird.
- das Datenfeld zu Registerzwecken genutzt wird.

2.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe

Das Kreuz in der Kategorie „technische und anwendungsbezogene Gründe“ wird gesetzt, wenn

- das Feld ein Filterfeld einer Feldgruppe ist.
- das Feld im Sinne einer Restekategorie benötigt wird.¹⁴ Das Kreuz wird nur gesetzt, wenn es sich um ein eigenständiges Feld handelt. Diese Regelung gilt nicht für Felder, die Bestandteil einer Liste im Sinne von Bullet-Points sind.
- das Datenfeld in einem AK zur Anwendung kommt, das eine Unter- oder Überdokumentation bewertet und somit aus technischen Gründen im Rahmen des Soll-Ist-Abgleichs notwendig ist.
- es sich um ein berechnetes Feld handelt, das in Mehrfachregeln zur Anwendung kommt. Diese Datenfelder werden im Rahmen des Datenflusses beispielsweise durch Datenannahmestellen (z. B. über das Datenprüfprogramm) genutzt.
- das Feld aus anderen anwendungsbezogenen Gründen benötigt wird. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn das Feld zwingend erforderlich ist, um den Zusammenhang zu anderen Feldern zu gewährleisten. Beispielsweise kann es sich hierbei um Datenfelder handeln, die selbst nicht zur Indikatorberechnung verwendet werden, ohne die jedoch der Zusammenhang zu anderen relevanten Datenfeldern im Dokumentationsbogen nicht mehr hergestellt werden kann.¹⁵

2.2 Eindeutige Vorgangsnummern

Die Leistungserbringer erzeugen eine in ihrer QS-Software eindeutige Vorgangsnummer, die ihnen die Reidentifikation der Fälle ermöglicht. Die Bundesauswertungsstelle benötigt bundesweit eindeutige Vorgangsnummern z. B. für Updates, Storno und Zählung von Datensätzen. Für den stationären Bereich gewährleisteten bisher Datenannahmestellen die Übersetzung der Leistungserbringer-Vorgangsnummern in bundesweit eindeutige Vorgangsnummern.

Ab 2019 sollen die Rückmeldeberichte der Bundesauswertungsstelle an die Leistungserbringer so verschlüsselt übertragen werden, dass die Datenannahmestellen keine Möglichkeit der Ein-

AK nicht das Feld „Operation“ bewertet, sondern die Felder „intraoperative Komplikationen“ und „postoperative Komplikation(en)“. Das AK kann daher nicht als Begründung der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ herangezogen werden, sondern nur für „Datenfelder für die Basisauswertung“.

¹⁴ Beispiel: Das Datenfeld „Patient ist nicht gesetzlich versichert“ dient der Dokumentation der Fälle, bei denen das Feld „eGK-Versichertennummer“ nicht befüllt werden kann.

¹⁵ Beispiel: Das Datenfeld „Extension/Flexion 1 bei Entlassung“ im Modul HEP wird in keiner Rechenregel verwendet, ist jedoch im Sinne der Feldzugehörigkeit sinnvoll, um den Kontext der folgenden (indikatorrelevanten) Datenfelder „Extension/Flexion 2 bei Entlassung“ und „Extension/Flexion 3 bei Entlassung“ herzustellen.

sichtnahme haben. Deshalb wird in der Spezifikation 2019 gewährleistet, dass die Vorgangsnummer des Leistungserbringers als Suffix nach einem eindeutigen Trennzeichen (#) erkennbar ist, sodass Rückübersetzungen der Vorgangsnummern für Rückmeldeberichte durch Datenannahmestellen nicht mehr erforderlich sind.

Ab 2020 soll ein 36-stelliger pseudozufälliger Globally Unique Identifier (GUID) eingeführt werden, der die Datensätze beim Leistungserbringer und bundesweit eindeutig identifiziert, ohne Rückschlüsse auf den Leistungserbringer oder Patientinnen/Patienten zuzulassen.

Damit die Leistungserbringer bei Rückmeldungen nicht gezwungen sind, die Fälle mit der unhandlich langen GUID zu identifizieren, sollen sie außerdem wie bisher eine nur für ihre Software eindeutige Vorgangsnummer generieren und weiterleiten. Eine Veränderung dieser Vorgangsnummer durch die Datenannahmestellen zur Gewährleistung einer bundesweiten Eindeutigkeit ist nicht mehr nötig.

Zur Identifizierung der Fälle kann beim Leistungserbringer auch auf die GUID oder Teile davon zurückgegriffen werden. Dies könnte nötig werden, falls bei einem Leistungserbringer, die kurzen Vorgangsnummern nicht eindeutig sind, weil für ein QS-Verfahren mehrere Software-Instanzen verwendet werden.

2.3 Standortangaben

Aufgrund der Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen (zentrales Standortregister) ergeben sich notwendige Änderungen an der Spezifikation. Wie diese Änderungen ausgestaltet werden, hängt von den Anforderungen des G-BA an die Auswertung, an die Sollstatistikerstellung und an die Pseudonymisierung von leistungserbringeridentifizierenden Daten ab. Um diese Anforderungen abzuklären, hat das IQTIG in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation am 8. November 2018 verschiedene Fragestellungen aufgeworfen.

Da in der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation nicht alle Fragen abschließend beantwortet werden konnten, wurde die Beratung erst in der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 abgeschlossen. Weil es sich um eine modulübergreifende Empfehlung handelt, die gleichermaßen die Anforderungen an Verfahren nach DeQS-RL und Verfahren nach QSKH-RL abdecken soll, werden im Folgenden Aspekte aller Verfahren beschrieben.

Aufnahme des neunstelligen Standortkennzeichens

Mit Einführung des neuen zentralen Standortregisters werden neue neunstellige Standortkennzeichen eingeführt. Die bisherigen zweistelligen Datenfelder können daher nicht weiter bestehen bleiben. Ab dem Erfassungsjahr 2020 werden die bereits vorhandenen Datenfelder zu Standorten daher auf die neuen neunstelligen Kennzeichen umgestellt. Die Ausfüllhinweise und ergänzenden Bezeichnungen der Standortfelder werden entsprechend angepasst.

Manuelle Dokumentation der Standortfelder

Im Kontext des neuen zentralen Standortregisters wurden die technischen Anlagen nach § 301 bzw. § 21 SGB V um das neue Segment STA ergänzt, das die neunstelligen Standortkennzeichen beinhaltet. In den Sitzungen der AG Standorte wurde davon ausgegangen, dass mit Anpassung

dieser Anlagen eine automatische Übernahme der Standorte in die QS-Dokumentationsbögen ermöglicht würde. In der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation des G-BA wurde jedoch festgestellt, dass die letztendlich vorgenommene Erweiterung der technischen Anlagen nicht für diesen Zweck genutzt werden kann, da die QS-relevanten Standortangaben dort nicht abgebildet werden.

Der Fachausschuss geht daher davon aus, dass die neuen neunstelligen Standortkennzeichen nicht automatisiert aus den Abrechnungsdaten in die QS-Software übernommen werden können. Hieraus ergibt sich eine ggf. notwendige manuelle Dokumentation.

Darstellung in der Sollstatistik

Das IQTIG hat in der AG-IT Softwarehersteller am 29. August 2018 über mögliche Lösungsansätze zur Umsetzung einer standortbezogenen Sollstatistik diskutiert. Seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde darauf hingewiesen, dass nur der entlassende (abrechnende) Standort und nicht der behandelnde Standort für die Sollstatistik herangezogen werden kann.

Das IQTIG merkt an, dass unter dieser Bedingung mehrere Standorte im Rahmen der Auswertungen berücksichtigt werden müssen (z. B. der operierende Standort als Auswertungseinheit/Berichtsempfänger und der entlassende Standort für die Datengrundlage sowie die Unter-/Überdokumentation (SOLL)). Dies führt zu scheinbar widersprüchlichen Zahlen in den Auswertungen und reduziert damit die Verständlichkeit.

In der Sitzung des Fachausschusses QS-IT und Spezifikation des G-BA wurde diskutiert, ob die Einschätzung der Softwarehersteller geteilt würde und die Verantwortung für eine Unter- oder Überdokumentation tatsächlich beim entlassenden Standort liegen soll. In den Diskussionen hat sich herausgestellt, dass unabhängig von der Darstellung in der Sollstatistik die Verantwortung für die Vollzähligkeit immer beim Krankenhaus und nicht bei einzelnen Standorten liegen würde.

Hieraus ergeben sich folgende Schlüsse:

- Die Auswertung soll auf dem behandelnden Standort basieren, da der entlassende Standort nicht immer der leistungserbringende Standort ist.
- Eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da dieser nicht der abrechnende oder die Dokumentation abschließende Standort ist und die Information auch nicht in den Abrechnungsdaten zur Verfügung steht.
- Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Unter-/Überdokumentation auf Ebene des entlassenden Standorts in den Berichten führt zu scheinbar widersprüchlichen Zahlen und ist nicht verständlich.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte empfiehlt das IQTIG, die Sollstatistik vom Standortbezug zu entkoppeln und auf Ebene des Institutionskennzeichens zu erstellen. Die Darstellung der Datengrundlage sowie der Unter-/Überdokumentation in den Berichten soll daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens erfolgen.

Im Modul DEK wäre eine standortbezogene Sollstatistik möglich, da der entlassende Standort gleichzeitig der QS-relevante Standort ist. Um eine modulübergreifende Umsetzung zu gewährleisten, soll die Umstellung auf das Institutionskennzeichen jedoch auch für dieses Modul erfolgen.

Da die aktuellen Vorgaben der Richtlinien derzeit eine standortbezogene Sollstatistik fordern, empfiehlt das IQTIG, die entsprechenden Stellen in den Regelungen/Richtlinien (QSKH-RL, DeQS-RL sowie Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser – Qb-R¹⁶) anzupassen.

Erhebung mehrerer Standortpseudonyme

Der G-BA hat in der Sitzung der AG DeQS am 12. Februar 2019 entschieden, dass das Datenfeld „entlassender Standort“ in allen Modulen zunächst beibehalten werden soll. Nach etablierter Umstellung der Sollstatistik auf das Institutionskennzeichen kann das Datenfeld „entlassender Standort“ für das Erfassungsjahr 2021 erneut auf seine Erforderlichkeit geprüft werden.

2.4 Datenfeld „Geschlecht“

Aufgrund der Änderungen im Personenstandsgesetz zur Anerkennung von Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung wurde der Schlüssel zum Datenfeld „Geschlecht“ für das Erfassungsjahr 2020 analog zur eGK-Versichertenkarte um den Schlüsselwert „divers“ ergänzt.

2.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“

Aufgrund von Änderungen in den technischen Anlagen nach § 301 und § 295 SGB V wird im Datenfeld „besonderer Personenkreis“ der Schlüsselwert „00 = kein besonderer Personenkreis“ ergänzt. Die übrigen Schlüsselwerte werden um eine führende Null erweitert. Diese Änderung wurde bereits für die Spezifikation 2019 umgesetzt.

Die Identifizierung der Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird aufgrund dieser Änderung in den technischen Anlagen in der Spezifikation mithilfe des Schlüsselwertes 00 (statt ehemals LEER) durchgeführt.

2.6 Redaktionelle Änderungen

Es werden modulübergreifende Änderungen vorgenommen, die redaktioneller Art sind und keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erhebenden Daten haben. Hierbei handelt es sich um Änderungen, die beispielsweise eine Harmonisierung betreffen oder eine verständlichere Dokumentation gewährleisten.

Folgende redaktionelle Änderungen werden vorgenommen:

- Alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen werden um ein Jahr erhöht.
- ICD- und OPS-Kodes sowie Literatur- und Quellenangaben werden aktualisiert.

¹⁶ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 22. November 2018, in Kraft getreten am 30. November 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 03.01.2019).

- Korrekturen und Vereinheitlichungen bezüglich der Grammatik, der Rechtschreibung sowie der Groß- und Kleinschreibung werden vorgenommen.

Beispiel:

- „Ovariectomie“ im Modul 15/1.

- Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen, Datenfeldbezeichnungen und Schlüsselwerten optimiert.

Beispiele:

- Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes“ (18/1) wird noch konkreter beschrieben, dass bei Teilbefunden der Befund gemeint ist, der den pathologischen Befund komplettiert. Weiterhin wird erläutert, welche Parameter der prätherapeutische histologische Befund beinhalten sollte. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki-67-Status. Die entsprechende Leitlinie wird aufgeführt.
- Im Datenfeld „primär-operative Therapie abgeschlossen“ (18/1) wird im Ausfüllhinweis ergänzt, dass die operative Therapie auch dann abgeschlossen ist, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten ist.
- Im Modul NEO wurden die Bogenfeldbezeichnungen der Datenfelder „Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses“ und „entlassender Standort des externen Krankenhauses“ nicht immer verstanden, da der Begriff „extern“ von einigen Leistungserbringern als nicht eindeutig eingestuft wurde. Diese Datenfelder sollen eindeutiger benannt werden in „Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses“ und „entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses“. Für das erstere Feld wird ein passender Ausfüllhinweis¹⁷ ergänzt.
- Im Modul NEO wird das Datenfeld „Institutionskennzeichen des Krankenhauses“ in „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“ analog zum Datenfeld darunter¹⁸ umbenannt.
- In den Modulen zur Orthopädie und Unfallchirurgie (HEP und KEP), Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2 und 09/3) und implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5 und 09/6) wird der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „postoperative Wundinfektion“ angepasst. Da nicht die Prinzipien der Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS-Definitionen) für nosokomiale Infektionen, sondern für postoperative Wundinfektionen gelten, wird der Text diesbezüglich korrigiert. Diese Änderung wurde bereits im Update der Spezifikation 2019 umgesetzt.

- Es werden Beispiele in Ausfüllhinweisen ergänzt oder erläutert:

- Im Modul 15/1 wird im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Operation“ das Beispiel für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind, verfahrensspezifisch angepasst (Ovar statt Oberschenkel).

¹⁷ Hier ist das Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses anzugeben, aus dem das Kind entlassen wurde.

¹⁸ „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“.

- Um die Konsistenz der Abschnittsüberschriften in einem Modul zu unterstützen, werden Abschnittsüberschriften ergänzt, umformuliert oder gestrichen:

Beispiele:

- In den Modulen 09/1 und 09/4 wird eine neue Abschnittsüberschrift „weitere Angaben zur Operation“ eingefügt, die jeweils folgende Datenfelder umfasst:
 - „Dauer des Eingriffs“
 - „Dosis-Flächen-Produkt“
 - „Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt“
 - „keine Durchleuchtung durchgeführt“
- In den Modulen 09/1, 09/4 und 09/6 werden die Abschnittsüberschriften „Ort der Sondendislokation“ und „Ort der Sondendysfunktion“ gestrichen.
- Im Modul 09/3 wird die Abschnittsüberschrift „Spezielle Indikation zur Revision/Explantation von Sonden“ gestrichen.
- Im Modul 09/4 wird eine neue Abschnittsüberschrift „Indikation“ eingefügt, die folgende Datenfelder umfasst:
 - „indikationsbegründendes klinisches Ereignis“
 - „führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)“
- Im Modul 09/4 wird eine neue Abschnittsüberschrift „Stimulationsbedürftigkeit“ eingefügt, die folgende Datenfelder umfasst:
 - „voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit“
 - „erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation“

3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Die Änderungen werden nach den Komponenten „QS-Filter“, „QS-Dokumentation“ und „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ differenziert. Empfehlungen, die übergreifend für inhaltlich zusammengehörige Module gelten, werden jeweils in einem Abschnitt beschrieben. Weiterhin werden Empfehlungen zu Zählleistungsbereichen aufgeführt.

3.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)

QS-Filter:

Für die Module zur Herzschrittmacherversorgung und zu implantierbaren Defibrillatoren werden zum Erfassungsjahr 2020 Altersbeschränkungen eingeführt. Dokumentationspflichtig sind demnach Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Die Altersbeschränkung wird eingeführt, da sich die Rechenregeln der betreffenden Qualitätsindikatoren nicht zur Bewertung von kardiologischen Fällen in der Pädiatrie eignen.

QS-Dokumentation:

Löschen des Datenfeldes „Einstufung nach ASA-Klassifikation“ in den Modulen 09/2 und 09/5

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke wird das Datenfeld „Einstufung nach ASA-Klassifikation“ in den Modulen 09/2 und 09/5 aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen.

In diesem Zuge wird die Abschnittsüberschrift „Präoperative Anamnese/Klinik“ in beiden Modulen gestrichen.

3.2 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

QS-Filter:

Im Modul 09/1 sind isolierte Erstimplantationen von Herzschrittmachern, Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Herzschrittmacher auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Feldgruppenregelung der abhängigen Datenfelder der führenden Indikation zur Herzschrittmacherimplantation

Die folgenden Feldgruppenregelungen werden für das Erfassungsjahr an die aktuellen Qualitätsindikatoren angepasst.

▪ **Feldgruppenregelung zum Datenfeld „neurokardiogene Diagnostik“**

Bei Angabe des Schlüsselwertes „Sinusknotensyndrom“ als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation soll das Datenfeld „neurokardiogene Diagnostik“ ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr ausgefüllt werden, da bei diesen Fällen das Datenfeld nicht mehr für die Berechnung der Qualitätsindikatoren benötigt wird. Da im Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ nur die Angaben „Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)“ und „Vasovagales Syndrom (VVS)“ relevant sind, wird die Feldgruppenregelung auf diese beiden Angaben beschränkt.

▪ **Datenfeld „chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens“**

Bei Angabe der Schlüsselwerte „AV-Block“ und „Schenkelblock“ als führende Indikation zur Herzschrittmacherimplantation soll das Datenfeld „chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens“ ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr ausgefüllt werden, da bei diesen Fällen das Datenfeld nicht mehr für die Berechnung der Qualitätsindikatoren benötigt wird. Da im Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ nur die Angaben „Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)“ relevant ist, wird die Feldgruppenregelung auf diese Angabe beschränkt.

Dokumentation bei Systemen mit einer His-Bündel-Sonde

Derzeit werden verstärkt neuartige Systeme mit einer His-Bündel-Sonde implantiert, die jedoch im Rahmen der externen Qualitätssicherung aktuell nicht explizit betrachtet werden. Da diese Systeme in einigen Datenfeldern im QS-Bogen derzeit nicht dokumentiert werden können, werden folgende Ausfüllhinweise so angepasst, dass entsprechende Angaben gemacht werden können:

- Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „System“ wird die Erläuterung ergänzt, dass unter dem Schlüsselwert „sonstiges“ beispielsweise Systeme mit einer His-Bündel-Sonde gemeint sind.
- Da es keinen Themenblock „His-Bündel“ im Dokumentationsbogen gibt, wird in den Ausfüllhinweisen der Datenfelder im Themenblock „Rechter Ventrikel“ („Reizschwelle“, „Reizschwelle nicht gemessen“, „R-Amplitude“ und „R-Amplitude nicht gemessen“) ergänzt, dass in diesen Datenfeldern entsprechende Angaben zur His-Bündel-Sonde gemacht werden sollen.

Löschen der Datenfelder zur Position der linksventrikulären Sonde

Die Datenfelder „Position: Dimension 1“ und „Position: Dimension 2“ unter der Ebene „Linker Ventrikel“ werden gestrichen, da diese Datenfelder nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren benötigt werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.3 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

QS-Filter:

Im Modul 09/2 sind isolierte Aggregatwechsel von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den bereits beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.4 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)

QS-Filter:

Im Modul 09/3 sind Revisionen von Herzschrittmachern (inklusive Aggregat- und Sondenwechsel) und Explantationen von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig.

In die Einschlussliste des QS-Filters werden ab dem Erfassungsjahr 2020 auch Reoperationen bei Leadless Pacemakern aufgenommen. Demnach werden die OPS-Kodes 5-378.2h, 5-378.3h, 5-378.6h, 5-378.be, 5-378.d0, 5-378.d1, 5-378.d2 und 5-378.d3 in der Einschlussliste ergänzt. Folgeimplantationen bei Leadless Pacemakern, bei denen das vorhandene Implantat stillgelegt und in der Herzkammer belassen wird, sollen ab dem Erfassungsjahr 2020 dokumentiert werden. Diese grenzen sich von Erstimplantationen gemäß OPS-Katalog ab, indem bei Folgeimplantationen zusätzlich zum OPS-Kode 5-377.k der OPS-Kode 5-983 (Reoperationen) kodiert wird.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Da das neu eingeführte Schrittmachersystem Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator bisher nicht in der QS-Dokumentation berücksichtigt wurde, stellt die Anpassung an dieses neue Schrittmachersystem eine wesentliche Änderung in diesem Modul dar.

Datenfelder zur Dokumentation von Reoperationen am Leadless Pacemaker

Ab dem Erfassungsjahr 2020 sollen auch Reoperationen am Leadless Pacemaker im Modul 09/3 dokumentiert werden. Diese Eingriffe sollen in den bereits bestehenden Datenfeldern dokumentiert werden. Diese Datenfelder sind derzeit so gestaltet, dass sie sich auf das Aggregat oder die Sonde beziehen. Da die Systeme bei den Leadless Pacemakern weder Aggregat noch Sonden haben, soll in den jeweiligen Datenfeldern eine ergänzende Bezeichnung „Inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker“ eingefügt werden. Komplikationen am Leadless Pacemaker sollen hierbei immer im Datenfeld zum rechten Ventrikel dokumentiert werden, da Leadless Pacemaker im rechten Ventrikel liegen.

Diese Änderung betrifft die folgenden Datenfelder:

- „Indikation zum Eingriff am Aggregat“
- „Sondenproblem“
- „Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde“

Datenfelder „aktives System (nach dem Eingriff)“ und „explantiertes System“

Zur Dokumentation des Leadless Pacemaker wird in diesen Datenfeldern der Schlüsselwert „Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator (VVI)“ ergänzt. Die Ausfüllhinweise werden entsprechend angepasst.

Datenfeld „Art des Vorgehens“

Im Rahmen der Dokumentation des Leadless Pacemaker kann das Datenfeld „Art des Vorgehens“ nicht sinnvoll befüllt werden, da Leadless Pacemaker kein Aggregat haben. Daher soll die Feldgruppenregel so angepasst werden, dass das Datenfeld in diesen Fällen nicht zu befüllen ist.

Änderungen im Abschnitt „rechtsventrikuläre Sonde“

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Datenfelder werden an die Dokumentation des Leadless Pacemaker angepasst:

- Die Überschrift „Rechtsventrikuläre Sonde“ wird in „Rechter Ventrikel“ umbenannt, da in diesem Abschnitt auch die Leadless Pacemaker dokumentiert werden sollen.
- Die Ausfüllhinweise zu den Datenfeldern „Art des Vorgehens“, „Reizschwelle“, „Reizschwelle nicht gemessen“, „R-Amplitude“ und „R-Amplitude nicht gemessen“ werden um die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator ergänzt.
- Die Feldgruppenregel zu diesen Datenfeldern wird um diese Eingriffe erweitert.

Änderungen im Abschnitt „linksventrikuläre Sonde“

Die Überschrift „Linksventrikuläre Sonde“ wird in Analogie zum vorausgehenden Abschnitt in „Linker Ventrikel“ umbenannt.

Datenfelder „Sondendislokation“ und „Sondendysfunktion“

Diese Datenfelder werden im Rahmen der Dokumentation des Leadless Pacemaker sowie zur Vereinheitlichung mit dem Modul 09/1 wie folgt umbenannt:

- „Sonden- bzw. Systemdislokation“
- „Sonden- bzw. Systemdysfunktion“

Neues Datenfeld „interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle“

Im Zuge der Einführung des neuen Schrittmachersystems Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator soll ein neues Datenfeld „interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle“ eingeführt werden. Dies hat den Zweck, zukünftig die Besonderheiten des Eingriffs bei den Leadless Pacemaker bei der Berechnung des Qualitätsindikators „Chirurgische Komplikationen“ berücksichtigen zu können.

Datenfelder „Sondendislokation im Ventrikel“ und „Sondendysfunktion im Ventrikel“

Diese Datenfelder werden im Rahmen der Dokumentation des Leadless Pacemaker sowie zur Vereinheitlichung mit dem Modul 09/1 wie folgt umbenannt:

- „Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel“
- „Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel“

In diesen Zusammenhang werden auch die Schlüsselwerte in „rechter Ventrikel“ und „linker Ventrikel“ umbenannt. Die beiden Abschnittsüberschriften „Ort der Sondendislokation“ und „Ort der Sondendysfunktion“ werden gestrichen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

QS-Filter:

Im Modul 09/4 sind Implantationen von implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (*implantable cardioverter-defibrillators*, ICD) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Datenfeld „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)“

In diesem Datenfeld soll dokumentiert werden, ob zum Zeitpunkt der Indikationsstellung zur ICD-Therapie eine medikamentöse Therapie besteht. Um Missverständnisse zu vermeiden, wird das Datenfeld umbenannt in „medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)“.

Löschen der Datenfelder zur Position der linksventrikulären Sonde

Die Datenfelder „Position: Dimension 1“ und „Position: Dimension 2“ werden gestrichen, da diese Datenfelder nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren benötigt werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.6 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)

QS-Filter:

Im Modul 09/5 sind Aggregatwechsel implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig. Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.7 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/ Explantation (09/6)

QS-Filter:

Im Modul 09/6 sind Revisionen, Systemwechsel und Explantationen implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.8 Karotis-Revaskularisation (10/2)

QS-Filter:

Im Modul 10/2 sind Eingriffe an der extrakraniellen Arteria carotis interna, externa, communis mit Sinus caroticus, die offen-chirurgisch oder endovaskulär durchgeführt werden, mit Ausnahme der Transpositionen der Karotiden und unter Ausschluss von Mehrfachverletzung, Polytrauma, Aortendissektion sowie extrakorporaler Membranoxygenation (*extracorporeal membrane oxygenation*, ECMO) und Prä-ECMO-Therapie dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Neue Datenfelder zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR)

Zur Risikoadjustierung der folgenden Qualitätsindikatoren sollen ab dem Erfassungsjahr 2020 zusätzliche Datenfelder erhoben werden:

- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt

Die folgenden neuen Datenfelder sollen zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate herangezogen werden, die ihrerseits als Risikofaktor in die Indikatorberechnung eingehen soll:

- „Körpergröße“ bzw. „Körpergröße unbekannt“
- „Körpergewicht bei Aufnahme“ bzw. „Körpergewicht unbekannt“
- „Diabetes mellitus“
- „präoperative Nierenersatztherapie“
- wenn keine präoperative Nierenersatztherapie durchgeführt wurde:
„Kreatininwert i.S. in mg/dl“ bzw. „Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$ “

Die Datenfelder, Ausprägungen und Ausfüllhinweise werden analog zu anderen Modulen (z. B. HCH) gestaltet.

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke werden folgende Datenfelder aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen:

- „Art der Komplikation“
- „Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrundeliegenden Erkrankung“

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.9 Gynäkologische Operationen (15/1)

QS-Filter:

Im Modul 15/1 sind alle Adnexeingriffe bei Patientinnen ab 11 Jahren unter Ausschluss von Patientinnen mit gleichzeitiger Sectio caesarea und unter Ausschluss von Patientinnen mit den Diagnosen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, Harnorgane oder des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Mesotheliom des Peritoneums oder Divertikulo-lose des Darmes dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ergänzende Bezeichnung des Datenfeldes „perioperative Antibiotikaphylaxe“

Da dieses Datenfeld nur im Bundesland Hessen für Auswertungen herangezogen wird, soll das Feld nur dort erfasst werden. Es wird daher eine entsprechende ergänzende Bezeichnung eingefügt.

Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“

Dem IQTIG wurde seitens verschiedener Leistungserbringer vermehrt mitgeteilt, dass das Datenfeld inkl. Ausfüllhinweis unverständlich sei. Leider wurden jedoch keine konkreten Informationen mitgeliefert, was genau nicht verstanden wird, sodass es zunächst unklar war, inwiefern das Datenfeld optimiert werden könnte. Daher wurde das Datenfeld gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mithilfe freiwilliger Leistungserbringer auf seine Verständlichkeit hin geprüft.

Als Ergebnis dieser Prüfung empfiehlt das IQTIG im Ausfüllhinweis zu erläutern, dass das Datenfeld mit „nein“ beantwortet werden soll, wenn beide Ovarien vollständig entfernt wurden. Der alte Text wird gestrichen.

Datenfeld „führender Befund“

Die Histologieeinteilung ist im Rahmen der Berechnung von Qualitätsindikatoren von besonderer Relevanz (Tabelle 2). Einige der Schlüssel werden ebenfalls in der Basisauswertung ausgewiesen (Tabelle 3). Da sich gezeigt hat, dass einige Codes nur sehr selten angegeben werden und sehr häufig „Normalbefund“ kodiert wird, wird davon ausgegangen, dass die in diesem Datenfeld möglichen Schlüsselwerte den Dokumentierenden ggf. nicht hinreichend bekannt sind. Um eine genauere Einteilung und weniger Fehldokumentationen zu erzielen, sollen die einzelnen Schlüsselwerte ab dem Erfassungsjahr 2020 im Ausfüllhinweis näher erläutert werden.

Tabelle 2: Histologieschlüssel nur Nutzung in Qualitätsindikatoren (Modul 15/1)

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Histologieschlüssel
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	01 Normalbefund 02 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste
neuer Indikator ab 2018	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre mit histologischem Normalbefund oder Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste	01 Normalbefund 02 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste
60685 und 60686	Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen bis 45 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit Normalbefund oder benigner Histologie	01 Normalbefund 02 Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste 03 Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z. B. Kystom, seröse Zyste) 04 Adnexe: Dermoid (z. B. benignes Teratom) 05 Adnexe: Endometriose 06 Adnexe: andere benigne Befunde (z. B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide) 07 Adnexe: Entzündung 08 Adnexe: Extrauterin gravidität 09 Adnexe: Stieldrehung
	Beidseitige Ovariectomien bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Ovar- oder Adnexeingriffen mit Normalbefund oder benigner Histologie	
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	11 Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome 21 Cervix uteri: Dysplasie 22 Cervix uteri: Carcinoma in situ 23 Cervix uteri: invasives Karzinom la 24 Cervix uteri: invasives Karzinom > la 31 Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive Histologische Veränderungen die potentiell malige sind (neu ab 2018) 10 Adnexe: Borderline-Veränderungen

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Histologieschlüssel
		(neu ab 2018) 11 Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome

Tabelle 3: Histologieschlüssel nur Nutzung in der Basisauswertung (Modul 15/1)

Kode	Histologieschlüssel
19	Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind
20	Cervix uteri: Ektopie
21	Cervix uteri: Dysplasie
28	Cervix uteri: histologisch Normalbefund
29	Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind
30	Corpus uteri: Myom
38	Corpus uteri: histologisch Normalbefund
39	Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind
70	Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung
71	Vagina/Vulva: benigne Neoplasien
72	Vagina/Vulva: maligne Neoplasien
78	Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund
79	Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind
80	Endometriose anderer Lokalisationen
81	Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.10 Geburtshilfe (16/1)

QS-Filter:

Im Modul 16/1 sind alle im Krankenhaus erfolgten Geburten dokumentationspflichtig.

In den Auslösekriterien des Moduls 16/1 soll für das Erfassungsjahr 2020 der OPS-Kode 9-263 (Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta) gestrichen werden. Seit der Einführung des Codes als Einschlusskriterium im QS-Filter der Spezifikation 2017 war es vielen Kliniken nicht möglich, alle Datenfelder im QS-Bogen korrekt zu befüllen, daher wurde das Anlegen eines Minimaldatensatzes empfohlen. Der Code 9-263 soll daher wieder aus dem QS-Filter gestrichen werden.

QS-Dokumentation:

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke werden für das Erfassungsjahr 2020 folgende Datenfelder aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen:

- „Mutter wurde zuverlegt?“
- „Schwangere während SS einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt“
- „letztes Gewicht vor Geburt“
- „Medikamentöse Zervixreifung“
- „Assistent in Facharzt-Weiterbildung“

Datenfeld „Tragzeit nach klinischem Befund“

Das Datenfeld soll in „Klinisches Gestationsalter“ umbenannt werden, weil der Begriff „Tragzeit“ als unüblich kritisiert wurde. Der Ausfüllhinweis wird angepasst.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Aufnahmeart“

Der auf den OPS-Kode 9-263 (Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta) bezugnehmende Text im Ausfüllhinweis soll gestrichen werden, weil dieser OPS-Kode im Erfassungsjahr 2020 aus den Auslösekriterien des Moduls 16/1 gelöscht werden soll.

Neues Datenfeld „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“

Das Datenfeld soll für den Qualitätsindikator „Begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie“ in die Dokumentation aufgenommen werden, um vorzeitige Kortikosteroidtherapien zu ermitteln.

Es wird ein berechnetes Ersatzfeld „Abstand zwischen Geburtsdatum und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie“ exportiert.

Datenfeld „Base Excess der Fetalblutanalyse“

Da die derzeit gültigen Angaben -40 bis 20 nach Einschätzung der Bundesfachgruppe zu hoch sind, soll eine Einschränkung auf physiologisch mögliche Werte von -40 bis ≤ 10 umgesetzt werden.

Datenfeld „pH-Wert der Fetalblutanalyse“

Bei diesem Datenfeld sind im Rahmen der Datenvalidierung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren häufig Rundungsfehler aufgefallen. Da viele neue Blutgasmessgeräte den pH-Wert mit drei Nachkommastellen ausgeben, soll das Datenfeld entsprechend angepasst werden.

Bei nicht erfolgter Ausgabe eines dreistelligen Nachkommawertes ist für die dritte Nachkommastelle eine „0“ zu setzen. Der Ausfüllhinweis wird um diese Information erweitert.

Datenfeld „Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen“

Angaben zu regelmäßigen Wehen, die nicht zur Geburt führen, sollen in Zukunft vermieden werden. Allerdings können auch unregelmäßige Wehen geburtswirksam sein. Deshalb soll das Wort „regelmäßig“ in der Datenfeldbezeichnung durch „geburtswirksam“ ersetzt werden.

Da die Angabe in Stunden erfasst werden soll, wird im Ausfüllhinweis erläutert, dass bei einer Geburtsdauer < 30 Minuten 0 anzugeben ist. Bei einer Geburtsdauer zwischen 30 Minuten und einer Stunde ist 1 anzugeben.

Datenfeld „Entbindungsmodus“

Da der OPS-Kode 9-263 (Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta) aus den Auslösekriterien des Moduls 16/1 gelöscht werden soll, wird die Streichung ebenfalls im Schlüssel dieses Datenfeldes vorgenommen.

Datenfeld „Gewicht des Kindes“

Da die derzeit gültigen Angaben 1 bis 9999 zu hoch sind, soll eine Einschränkung auf realistische Werte von 1 bis 6999 umgesetzt werden.

Neues Datenfeld „Allgemeinanästhesie“

Eine Allgemeinanästhesie ist bei der Durchführung eines Kaiserschnitts zu vermeiden, da dies nachteilige Effekte auf das Behandlungsergebnis der Mutter und deren Kind(er) haben kann. Dies soll zukünftig in einem Qualitätsindikator „Allgemeinanästhesie bei Sectio“ erfasst werden.

Es wird ein Ausfüllhinweis hinterlegt, der Hinweise zur Kodierung der Schlüsselwerte „ja“ und „nein“ in Bezug auf verschiedene Anästhesiearten gibt.

Datenfeld „Fehlbildungen vorhanden“

Statt der bisherigen Auswahlmöglichkeit „ja“ sollen drei Schlüsselwerte „leichte“, „schwere“ und „letale“ unterschieden werden, um Informationen über den Schweregrad der Fehlbildungen zu erhalten. In diesem Zuge soll das Datenfeld in „Fehlbildungen“ umbenannt werden.

Im Ausfüllhinweis werden leichte Fehlbildungen als „nicht akut lebensbedrohlich“ und schwere Fehlbildungen als „akut lebensbedrohlich“ definiert. Für die einzelnen Schweregradstufen werden Fehlbildungen aufgelistet, um zu einer einheitlichen Klassifizierung zu kommen.

Diese Anpassung erfolgt analog zu dem bereits vorhandenen Datenfeld im Modul NEO.

Die Angabe in diesem Datenfeld ermöglicht den Ausschluss von Kindern mit letaler Fehlbildung aus dem Nenner einiger Indikatoren (z. B. Ebene 1 des Qualitätsindex). Die Angabe zu schweren Fehlbildungen kann ggf. langfristig auch zur Risikoadjustierung genutzt werden.

Datenfeld „Diagnose Morbidität des Kindes“

Dieses Datenfeld soll im Hinblick auf Fehlbildungen durch Umbenennung analog zu der Bogenfeldbezeichnung im Modul NEO in „Art der Fehlbildung“ präzisiert werden. Das Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr bei leichten Fehlbildungen ausgefüllt werden, sondern nur noch, wenn im Filterfeld „Fehlbildungen“ eine schwere oder letale Fehlbildung dokumentiert wurde.

Dies gründet sich darauf, dass nur die schweren oder letalen Fehlbildungen in die Risikoadjustierung eingehen. Das angepasste Datenfeld soll außerdem zukünftig für den Qualitätsindikator „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ verwendet werden.

Datenfeld „Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage“

Da das Datenfeld in etwa 25 % der Fälle nicht befüllt wurde, es jedoch für den Qualitätsindikator zum kritischen Outcome erforderlich ist, soll der Ausfüllhinweis angepasst werden.

Bei Angabe „interne Verlegung“ ergibt sich die Notwendigkeit einer nachträglichen Prüfung, ob das intern verlegte Kind in dem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist. Im angepassten Ausfüllhinweis wird auf diesen Umstand hingewiesen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.11 Neonatologie (NEO)

QS-Filter:

Im Modul NEO sind alle Fälle von Neugeborenen, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär aufgenommen oder innerhalb eines definierten Zeitraums zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Bogenfeldbezeichnungen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Dokumentation eines verkürzten QS-Bogens für bestimmte Fallkonstellationen

Ab dem Erfassungsjahr 2020 ist vorgesehen, dass für die folgenden beiden Fallkonstellationen ein „verkürzter QS-Bogen“¹⁹ angelegt werden soll:

- Kinder, die eine primär palliative Therapie erhalten und noch im Kreißsaal versterben
- Kinder, die ein Gestationsalter unter 22 Wochen haben²⁰

Um dies abzubilden, wird ein neues Datenfeld „Kind im Kreißsaal verstorben“ in den Bogen aufgenommen, das als Filterfeld fungieren soll. Dieses muss nur dokumentiert werden, wenn das vorausgehende Datenfeld „primär palliative Therapie (ab Geburt)“ mit „ja“ beantwortet wurde. Kinder mit einem Gestationsalter unter 22 Wochen werden über das bereits in der Spezifikation vorhandene Datenfeld „endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)“ identifiziert.

Da die folgenden Datenfelder für diese Fälle nicht immer dokumentiert werden können, sollen diese ab dem Erfassungsjahr 2020 über Feldgruppenregeln deaktiviert werden:

- „Kopfumfang bei Aufnahme“
- „Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt“
- „Körpertemperatur bei Aufnahme“
- „Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt“
- „Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden“
- „Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie“
- „Status bei Aufnahme“
- „Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)“
- „Status bei Aufnahme“
- „ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden“
- „Datum der Untersuchung“
- „Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)“
- „ROP-Status bei Aufnahme“
- „Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)“
- „Beginn“
- „endgültige Beendigung“
- „Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt“
- „Beginn“
- „endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung“
- „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“
- „Pneumothorax“
- „Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax“
- „Behandlung des Pneumothorax“
- „Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)“
- „perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)“

¹⁹ Der Begriff „verkürzter QS-Bogen“ meint an dieser Stelle, dass im regulären Datensatz nur bestimmte Datenfelder ausgefüllt werden müssen. Dies wird über Feldgruppenregeln sichergestellt.

²⁰ Bisher war für Kinder unter 22 Schwangerschaftswochen nur der Minimaldatensatz anzulegen.

- „HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)“
- „Sepsis/SIRS“
- „Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns“
- „Pneumonie“
- „Datum des Pneumonie -Beginns“
- „nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)“
- „Status bei Aufnahme“
- „Neugeborenen-Hörscreening“
- „Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes“
- „OP oder Therapie bei einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)“²¹
- „OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)“
- „OP eines Hydrozephalus“
- „Körpergewicht bei Entlassung“
- „Kopfumfang bei Entlassung“
- „Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt“
- „Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf“
- „Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus“
- „Institutionskennzeichen des Krankenhauses“²²
- „Standort des aufnehmenden Krankenhauses“

In diesem Zusammenhang wird der einleitende Text im Ausfüllhinweis entsprechend angepasst.

Folgendes Datenfeld wird ebenfalls angepasst:

- **Ausfüllhinweis des Datenfeldes „endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)“**

Bisher wurde im Ausfüllhinweis dieses Datenfeldes darauf verwiesen, dass für Kinder mit einem Gestationsalter unter 22 Wochen der Minimaldatensatz anzulegen ist. Im Erfassungsjahr 2020 soll dieser Hinweis gestrichen werden, weil für diese Kinder nun die QS-Dokumentation ausgefüllt werden soll. Die Wertebereichsgrenzen werden entsprechend angepasst.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.“

In der Neonatologie kann es sein, dass die eGK während der Behandlung noch nicht vorliegt. Liegt für das Kind nur eine Pseudonummer vor, ist dieses Datenfeld mit „ja“ zu beantworten. Beim Vorliegen von Pseudonummern ist jedoch darauf zu achten, dass die Felder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „besonderer Personenkreis“ möglichst trotzdem dokumentiert werden.

Um dieses Vorgehen zu erläutern, wird der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt.

²¹ Dieses Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 umbenannt werden in „Intervention bei einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)“

²² Dieses Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 umbenannt werden in „Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses“

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2018 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach erneuter Prüfung der Verwendungszwecke werden für das Erfassungsjahr 2020 folgende Datenfelder aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen:

- „berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin“
- „Grund für die primär palliative Therapie“
- „Indikation(en) zu(r) Operation(en) (außer ROP und NEK)“
- „Obduktion“

Datenfeld „Körpertemperatur bei Aufnahme“

Um die Validität der Angaben in diesem Datenfeld zu erhöhen, werden die gültigen Werte auf Angaben von 20 bis 45° C eingeschränkt.

Datenfeld „Art der Fehlbildung“

Dieses Datenfeld soll ab dem Erfassungsjahr 2020 nicht mehr bei leichten Fehlbildungen ausgefüllt werden, sondern nur noch, wenn im Filterfeld „Fehlbildungen“ eine schwere oder letale Fehlbildung dokumentiert wurde. Dies gründet sich darauf, dass nur die schweren oder letalen Fehlbildungen in die Risikoadjustierung eingehen.

Diese Änderung wird analog zum Modul 16/1 umgesetzt.

Datenfelder zum Pneumothorax

Bisher wurde im Datenfeld „Pneumothorax“ abgefragt, ob der Pneumothorax unter Spontanatmung oder unter Beatmung aufgetreten ist. Dabei wurde nach „nasaler/pharyngealer“ und „intrachlealer Beatmung“ unterschieden.

Es hat sich herausgestellt, dass es sinnvoller ist, die Schlüsselwerte dahingehend zu präzisieren, ob der Pneumothorax „ohne jegliche vorangehende“ oder „nach oder unter bestehender“ Atemhilfe oder Beatmung aufgetreten ist und dass die Unterscheidung nach der Form der Atemhilfe oder Beatmung unerheblich ist.

Im Ausfüllhinweis soll jetzt darauf hingewiesen werden, dass ein Pneumothorax auch dann zu dokumentieren ist, wenn er sehr klein war, nur zufällig entdeckt und nicht behandelt wurde. Im Ausfüllhinweis wird „Atemhilfe/Beatmung“ dahingehend erläutert, dass dazu alle Formen invasiver Beatmung (über Intratrachealtubus) und alle Formen nicht invasiver Atemhilfe und Beatmung (Beutelbeatmung, Perivent, nasaler / pharyngealer CPAP, nasale / pharyngeale NIV, nasale / pharyngeale HFO, HFNC etc.) zählen.

Dieses Datenfeld fungiert als Filterfeld für die folgenden neuen indikatorrelevanten Datenfelder:

▪ **Neues Datenfeld „Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax“**

In dem neuen Datenfeld soll genauer ergründet werden, wo und wann der erste Pneumothorax aufgetreten ist. Dafür sind folgende Schlüsselwerte vorgesehen:

- „bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes“
- „bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend“
- „während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten“

Die Fälle mit Pneumothorax sollen auch dann den Leistungserbringern zugeschrieben werden, wenn ein Team das Neugeborene in einem anderen Krankenhaus behandelt und abgeholt hat. Die Zuschreibbarkeit der entsprechenden Indikatoren kann über das neue Datenfeld gewährleistet werden.

Der Ausfüllhinweis stellt klar, dass bei mehreren Pneumothoraces die Modalitäten des ersten Pneumothorax zu dokumentieren sind.

Mit Einführung dieses neuen Datenfeldes kann das Datenfeld „Status bei Aufnahme“ gestrichen werden. In diesem Datenfeld wurde gefragt, ob der Pneumothorax während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist oder bereits bei Aufnahme vorlag. Dieser Sachverhalt wird jetzt über das neue Datenfeld abgedeckt.

▪ **Neues Datenfeld „Behandlung des Pneumothorax“**

Eine Differenzierung nach Behandlung des Pneumothorax ist relevant, da zum einen ein nicht behandlungsbedürftiger Pneumothorax nicht indikatorrelevant sein soll und zudem in Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unterschieden werden soll, ob nur einmal oder mehrmals punktiert wurde. Deshalb soll dieses neue Datenfeld mit folgenden Schlüsseln ergänzt werden:

- „nein, keine Punktion oder Drainage“
- „ja, Einmalpunktion“
- „ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage“

Neues Datenfeld „OP eines Hydrozephalus“

Da eine OP eines Hydrozephalus die Folge einer schweren Hirnblutung sein kann, soll das Datenfeld „OP eines Hydrozephalus“ zukünftig für die Berechnung des Qualitätsindikators „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)“ verwendet werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 sollen die Erläuterungen zum Minimaldatensatz dahingehend geändert werden, dass jetzt auch Kinder mit einem Gestationsalter unter 22 Wochen im regulären Datensatz dokumentiert werden sollen.

3.12 Mammachirurgie (18/1)

QS-Filter:

Dokumentationspflichtig sind im Modul 18/1 alle offenen Biopsien sowie alle tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Redaktionelle Änderungen und Konkretisierungen von vorhandenen Ausfüllhinweisen, ohne inhaltliche oder technische Änderung im Feld, werden im Abschnitt 2.6 beschrieben.

Neues Datenfeld „Mikrokalk“

Ab dem Erfassungsjahr 2020 soll bei einem nicht tastbaren Mammabefund zusätzlich angegeben werden, ob Mikrokalk befundet wurde. Das neue Datenfeld soll in einem neuen Qualitätsindikator zur präoperativen Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden mit Mikrokalk zur Anwendung kommen. Denn insbesondere nicht tastbare Befunde (inklusive Mikroverkalkungen) sollen präoperativ (mittels Draht) markiert oder bei morphologischer Eignung intraoperativ per Ultraschall lokalisiert werden, um zielgesteuert operieren zu können.

Neue Datenfelder zum prätherapeutischen pathomorphologischen Befund

In die QS-Dokumentation sollen neue Datenfelder für histopathologische Parameter, die prätherapeutisch vorliegen sollten, aufgenommen werden und nach Neoplasieart differenziert in den neuen Qualitätsindikator zur Vollständigkeit der pathologischen Befunde einfließen.

Hierfür werden folgende Datenfelder ergänzt:

- „Histologischer Typ“
- „Grading“
- „Hormonrezeptorstatus“
- „HER2-Status“
- „Ki67-Status“

Die Felder sind zu befüllen, wenn eine maligne Neoplasie aus den folgenden Kategorien vorliegt:

- duktales Carcinoma in situ (DCIS):
8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8540/3, 8543/3 bzw.
- invasives Mammakarzinom (Primärtumor):
8010/3, 8013/3, 8022/3, 8035/3, 8041/3, 8070/3, 8140/3, 8200/3, 8201/3, 8211/3, 8246/3,
8249/3, 8265/3, 8290/3, 8314/3, 8315/3, 8401/3, 8410/3, 8430/3, 8480/3, 8490/3, 8500/3,
8502/3, 8503/3, 8504/3, 8510/3, 8520/3, 8522/3, 8523/3, 8524/3, 8530/3, 8541/3, 8550/3,
8560/3, 8572/3, 8574/3, 8575/3, 8982/3

Ergänzende Bezeichnungen und Ausfüllhinweise der Datenfelder zur prätherapeutischen und postoperativen Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz

Ab dem Erfassungsjahr 2020 soll für folgende Datenfelder die ergänzende Bezeichnung „Tumorboard und Befunde“ eingefügt werden, die den Begriff „interdisziplinäre Tumorkonferenz“ präzisiert:

- „prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“
- „postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“

In den Ausfüllhinweisen der Datenfelder wird ab dem Erfassungsjahr 2020 die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2017) mit Empfehlungen zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der interdisziplinären Tumorkonferenz zitiert.

Da die Datenfelder in folgenden Rechenregeln zur Anwendung kommen, ist eine korrekte Dokumentation von besonderer Relevanz:

- ergänzende Kennzahl „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“
- Qualitätsindikator „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (neu ab 2018)

Datenfeld „präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren“

Das Datenfeld wird umbenannt in „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“. Die Ergänzung „von Brustgewebe“ erfolgt, da Fehldokumentationen aufgefallen sind, bei denen auch Markierungen axillärer Lymphknoten in diesem Datenfeld erfasst wurden.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist zudem aufgefallen, dass nicht allen Dokumentierenden die entsprechende Leitlinienempfehlung bekannt war. In der ergänzenden Bezeichnung soll daher der Bezug des Datenfeldes auf die „leitlinienkonforme Operationsplanung“ hergestellt werden.

Neben den bereits vorhandenen Schlüsselwerten soll mit der Spezifikation 2020 die ultraschallgesteuerte Operation als Antwortmöglichkeit aufgenommen werden, da diese bei morphologischer Eignung des Tumorgewebes anstelle der Drahtmarkierung verwendet werden kann. Das Datenfeld verfügt damit über folgende Schlüsselwerte:

- „nein“
- „ja, durch Mammographie“
- „ja, durch Sonographie“
- „ja, durch MRT“
- „nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP“

Der neue Schlüsselwert wird im Ausfüllhinweis erläutert.

Das modifizierte Datenfeld soll zukünftig in der Rechenregel des geplanten Qualitätsindikators zur präoperativen Drahtmarkierung oder ultraschallgesteuerten Operation nicht palpabler Befunde zur Anwendung kommen.

Im Ausfüllhinweis wurde bisher darauf hingewiesen, dass das Datenfeld ebenfalls mit „ja“ beantwortet werden soll, wenn eine Clipmarkierung erfolgt. Da jedoch die Clipmarkierung nicht Inhalt dieses Feldes sein soll, wird der Hinweis mit der Spezifikation 2020 gestrichen.

Zusätzlich werden Erläuterungen ergänzt, um klarzustellen, in welchen Fällen das Datenfeld mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden soll:

- Da bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes oder Clipmarkierung axillärer Lymphknoten (TAD) oder Clipmarkierungen von Tumoren in der Brust (z. B. vor neoadjuvanter Therapie, im Rahmen stereotaktischer Biopsien) „nein“ angegeben werden soll, wird der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt.
- Werden Clips im Rahmen der exakten Operationsplanung präoperativ vor geplanter Resektion drahtmarkiert, ist „ja“ anzugeben
- Um klarzustellen, dass die topografische Markierung hier nicht abgefragt wird, wird im Ausfüllhinweis darauf hingewiesen, dass „nein“ anzugeben ist, wenn intraoperativ nur topografische Markierungen für die pathomorphologische Befundung vorgenommen werden.

Datenfeld „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“

Auch bei der Durchführung einer prophylaktischen Mastektomie kann ein Mammakarzinom diagnostiziert werden. Um in diesen Fällen die Möglichkeit zu schaffen, das Datenfeld „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ optional zu befüllen, soll die Plausibilitätsregel ab dem Erfassungsjahr 2020 entsprechend erweitert werden. Auf diese Weise kann analysiert werden, ob diese Fälle langfristig in entsprechende Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen miteinbezogen werden sollten.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Der Anwendungsfall „Axilläre Lymphknoten-OP bei Melanom“ wird in die Erläuterungen zum Minimaldatensatz aufgenommen.

Die operative Entfernung von axillären Lymphknoten ausschließlich aufgrund eines Melanoms ist im Rahmen des QS-Verfahrens *Mammachirurgie* nicht relevant. Je nach Lokalisation verwendeter OPS-Kodes und begleitender ICD-Kodes (Nebendiagnosen) kann jedoch eine Dokumentationsverpflichtung für 18/1 ausgelöst werden. In diesem Fall ist nur ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.

3.13 Dekubitusprophylaxe (DEK)

QS-Filter:

Im Modul DEK sind alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie / eines Grades) dokumentationspflichtig.

Die Textdefinition in der Anwenderinformation wird im redaktionellen Sinne an diese Beschreibung angepasst.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine inhaltlichen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ergänzende Bezeichnung des Datenfeldes „Adipositas“

Bisher wurde in der ergänzenden Bezeichnung darauf hingewiesen, dass hier alle ICD-Kodes aus der Kategorie E66.X2 gemeint sind, wobei das Zeichen X als Platzhalter für die entsprechenden Ziffern zu verstehen war. Da dies nicht von allen Leistungserbringern verstanden wurde, werden die einzelnen ICD-Kodes jetzt aufgezählt. Der Ausfüllhinweis wird angepasst.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Risikostatistik Dekubitusprophylaxe (DEK)

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen an der Risikostatistik.

3.14 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

QS-Dokumentation:

Datenfelder „Frakturereignis“ (17/1 und HEP)

Das Datenfeld in den Modulen 17/1 und HEP wird derzeit häufig von den Dokumentierenden missverstanden. Das Feld dient dazu, bei Inhouse-Stürzen die präoperative Verweildauer nicht anhand des Aufnahmedatums im Krankenhaus, sondern anhand des Datums der Fraktur zu berechnen. Der Schlüsselwert „war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme“ führte in diesem Zusammenhang zu vermehrten Supportanfragen. Um die Intention des Feldes deutlicher darzustellen, wird empfohlen, das Datenfeld in beiden Modulen folgendermaßen umzubenenen:

- „Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes“

Des Weiteren soll eine ergänzende Bezeichnung „Inhouse-Sturz“ hinzugefügt und der zugehörige Schlüssel auf die Antwortmöglichkeiten „ja“ oder „nein“ eingeschränkt werden.

Im Ausfüllhinweis wird darauf hingewiesen, dass ausschließlich dann „ja“ zu dokumentieren ist, wenn sich die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes ereignet hat.

Die Feldgruppenregel für die Folgefelder „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ wird dahingehend angepasst, dass diese nur dann befüllt werden müssen, wenn das Datenfeld „Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes“ mit „ja“ beantwortet wurde.

3.15 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

QS-Filter:

Im Modul 17/1 sind alle isolierten Schenkelhalsfrakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.16 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

QS-Filter:

Im Modul HEP sind alle Erstimplantationen einer Hüftendoprothese und alle Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Zählleistungsbereiche Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP) und Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)

Der Zählleistungsbereich HEP_IMP beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Erstimplantation einer Hüftendoprothese.

Der Zählleistungsbereich HEP_WE beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder einer Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen für diese Zählleistungsbereiche.

3.17 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

QS-Filter:

Im Modul KEP sind alle Erstimplantationen einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese und alle Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Zählleistungsbereiche Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP) und Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)

Der Zählleistungsbereich KEP_IMP beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Erstimplantation einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese.

Der Zählleistungsbereich KEP_WE beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Knieendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder einer Implantation einer Knieendoprothese nach vorheriger Explantation.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine modulspezifischen Änderungen für diese Zählleistungsbereiche.

3.18 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

QS-Filter:

Im Modul PNEU sind Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden, bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung“

Aufgrund einer Anfrage zur Dokumentation von Patientinnen und Patienten, die nur einige Stunden in der Notaufnahme des anderen Krankenhauses verbracht haben, hat sich der Bedarf eines Ausfüllhinweises ergeben. Der neue Ausfüllhinweis stellt klar, dass nur Patientinnen und Patienten gemeint sind, die im vorangegangenen Aufenthalt vollstationär aufgenommen waren.

Datenfeld „Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?“

Da in einigen Fällen, z. B. bei Patientinnen und Patienten, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, oder bei Patientinnen und Patienten mit Sprachstörungen, der Zustand der Desorientierung in der Aufnahmesituation nicht beurteilt werden kann, wird nach einem Hinweis einer Landesgeschäftsstelle empfohlen, den zusätzlichen Schlüsselwert „nicht beurteilbar“ hinzuzufügen.

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „spontane Atemfrequenz nicht bestimmt“

Um die Datenvalidität bei der Angabe der spontanen Atemfrequenz zu erhöhen, wird empfohlen, den Ausfüllhinweis zum Feld „spontane Atemfrequenz nicht bestimmt“ zu konkretisieren. Da auch „ja“ angegeben werden soll, wenn die Atemfrequenz der Akte nicht genau zu entnehmen ist, wird der Ausfüllhinweis entsprechend ergänzt.

Datenfeld „initiale antimikrobielle Therapie“

Bisher wurde unter dem Schlüsselwert „Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie“ nur die ambulant begonnene Therapie genannt, obwohl auch die in einem anderen Krankenhaus vor Verlegung begonnene Therapie erfasst werden soll. Der Schlüsselwert soll daher präzisiert werden, indem das Wort „ambulant“ durch „extern“ ersetzt wird. Der Ausfüllhinweis wird entsprechend geändert.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Beginn der Mobilisation“

Nach Diskussion in der Bundesfachgruppe soll die in der Spezifikation 2019 aufgenommene Erklärung, wann Toilettengänge als Mobilisation zu werten sind, wieder gestrichen werden, weil befürchtet wurde, dass diese von der Wichtigkeit der Mobilisation ablenken könnte.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.19 Übergreifende Empfehlungen für die Follow-up-Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXFU, LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTXFU), zur Leber- und Nierenlebendspende (LLSFU, NLSFU) und zur Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTXFU)

Da die Verfahren zur Transplantationsmedizin ab dem Erfassungsjahr 2020 in die DeQS-RL überführt werden sollen, bedarf es einer Regelung zum Umgang mit den noch ausstehenden Follow-up für Indexeingriffe vor dem Erfassungsjahr 2020.

Aufgrund der im Folgenden beschriebenen Übergangslösung sollten aus Sicht des IQTIG für die Erhebung von Follow-up-Daten für Indexeingriffe (= Sekundärmodule) in der Transplantationsmedizin, die vor dem 1. Januar 2020 durchgeführt worden sind, weiterhin die Regelungen der QSKH-RL gelten.

Zur vollständigen Follow-up-Betrachtung ist die Datenerhebung in den folgenden Modulen für die Erfassungsjahre²³ 2020 bis 2022 noch notwendig:

- HTXFU (Follow-up Herztransplantation)
- LTXFU (Follow-up Lebertransplantation)
- LUTXFU (Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation)
- NLSFU (Follow-up Nierenlebendspende)
- LLSFU (Follow-up Leberlebendspende)
- PNTXFU (Follow-up Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation)

In der Spezifikation werden die Module richtlinienübergreifend definiert. Beispielsweise gibt es in der Spezifikation nur ein Modul HTXFU, das gleichermaßen für die Verfahren nach DeQS-RL und die Verfahren nach QSKH-RL zur Anwendung kommt. Da die Datenfeldbeschreibungen und die vorgenommenen Änderungen an diesen Modulen den Empfehlungen der DeQS-RL zu entnehmen sind, sind sie nicht Bestandteil der vorliegenden Empfehlung.

Abhängigkeit der Spezifikationsempfehlungen

Ab dem 1. Januar 2020 soll das neue sektorenübergreifende QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* in den Regelbetrieb übernommen werden. Hierzu ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten (z. B. ET-Nummern) im Rahmen dieses Transplantationsverfahrens zu spezifizieren. Die derzeit vorgesehene Umsetzung einer Pseudonymisierung der ET-Nummern im neuen Verfahren *QS NET* ist nur gemeinsam mit entsprechenden Anpassungen in allen anderen Transplantationsverfahren²⁴ realisierbar.

Das IQTIG empfiehlt daher die vorliegende Spezifikationsempfehlung nur dann umzusetzen, wenn für alle der folgend genannten beauftragten Spezifikationen ein entsprechender Beschluss durch das Plenum des G-BA vorliegt:

²³ Mit Erfassungsjahr ist an dieser Stelle das Jahr der Follow-up-Erhebung gemeint.

²⁴ Module zur Herz- und Lungentransplantation (HTXM/HTXFU, LUTX/LUTXFU), zur Lebertransplantation (LTX/LTXFU), zur Leber- und Nierenlebendspende (LLS/LLSFU, NLS/NLSFU) und zur Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX/PNTXFU).

- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 für die QS-Verfahren der Transplantationsmedizin nach DeQS-RL“
- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zum QS-Verfahren *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen* nach DeQS-RL“
- „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach QSKH-RL“ (inkl. Empfehlung zur Übergangsregelung der Follow-up-Module der Verfahren der Transplantationsmedizin gemäß QSKH-RL²⁵)

Übergangslösung für Follow-up-Datensätze

Aufgrund der oben genannten drei Empfehlungen muss eine Lösung entwickelt werden, die die ab dem Erfassungsjahr 2020 geltenden neuen Regelungen nach DeQS-RL und die bisherige Handhabung in den Leistungsbereichen nach QSKH-RL gleichermaßen abdeckt. Diese ist Abbildung 1 zu entnehmen.

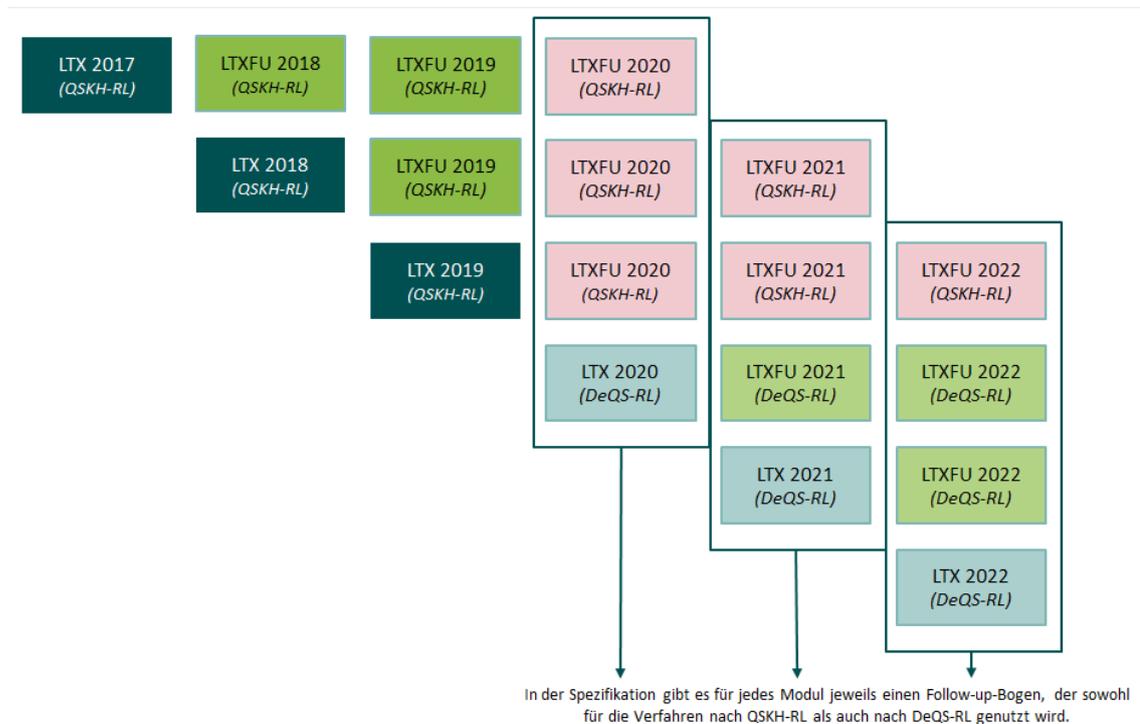


Abbildung 1: Indexeingriffe und Follow-up-Erhebungen (1-, 2- und 3-Jahres-Follow-up) am Beispiel der Module LTX und LTXFU

²⁵ In der Spezifikation gibt es für jedes Modul jeweils einen Follow-up-Bogen, der sowohl für die Verfahren nach QSKH-RL als auch nach DeQS-RL genutzt wird. Es wird nicht ein Follow-up-Bogen pro Richtlinie umgesetzt.

Detaillierte Information zu der in Abbildung 1 dargestellten Übergangslösung können der folgenden Legende entnommen werden.

	= Primärmodul nach QSKH-RL; das Modul unterliegt dem direkten Datenflussmodell der QSKH-RL (Anlage 1)
	= Sekundärmodul nach QSKH-RL; das Modul unterliegt dem direkten Datenflussmodell der QSKH-RL (Anlage 1)
	= Sekundärmodul nach QSKH-RL; das Modul unterliegt dem direkten Datenflussmodell der QSKH-RL (Anlage 1); die ET-Nummer wird nicht an das IQTIG übermittelt
	= Primärmodul nach DeQS-RL; die ET-Nummer wird durch die VST pseudonymisiert
	= Sekundärmodul nach DeQS-RL; die ET-Nummer wird durch die VST pseudonymisiert

Regelungen in der QSKH-RL

Da die Follow-up-Module für die Transplantationsverfahren in der Spezifikation richtlinienübergreifend definiert werden, stimmen die Exportfeldbeschreibungen der Verfahren nach DeQS-RL und der Leistungsbereiche nach QSKH-RL zwangsläufig immer überein. Um sicherzustellen, dass es nicht zu Abweichungen zwischen den beiden Regelungsbereichen kommt, schlägt das IQTIG vor, in der QSKH-RL auf die Erforderlichkeitstabellen der DeQS-RL zu verweisen und die Exportfelder nicht doppelt in zwei Richtlinien aufzuführen.

Die Kopfzeile der in Anlage 1 aufgeführten Tabelle sollte von „Leistungsbereich“ in „Leistungsbereich/Follow-up“ umbenannt werden, da für die Verfahren nach QSKH-RL nur noch die Exportfelder der Follow-up-Module von Relevanz sind. Zudem wird bei den einzelnen Follow-up-Leistungsbereichen der Zusatz „2017-2019“ ergänzt.

In den Erforderlichkeitstabellen, die der DeQS-RL zu entnehmen sind, wird für die Sekundärmodule über Fußnoten Folgendes kenntlich gemacht:

- Die ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist das entsprechende Exportfeld leer. Die Verwendung der ET-Nummer ist gemäß § 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL geregelt.
- Die Verwendung der ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ist gemäß § 7 Abs. 3 QSKH-RL und § 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL geregelt.

Hinweis zu Datenlieferungen ab 2020

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird das IQTIG gemäß DeQS-RL ab dem Erfassungsjahr 2020 ausschließlich Datensätze annehmen, die pseudonymisierte patientenidentifizierende Daten enthalten. Dies erfordert einen Datenfluss über die unabhängige Vertrauensstelle des G-BA.

Das IQTIG wird gemäß QSKH-RL ab dem Erfassungsjahr 2020 ausschließlich Datensätze ohne patientenidentifizierende Daten annehmen. Alle Datensätze, die gemäß Datenfluss nach Anlage 1 der QSKH-RL mit patientenidentifizierenden Daten übermittelt werden, werden abgelehnt.

4 Releaseplanung

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die QS-Basispezifikation für das Erfassungsjahr 2020 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

Tabelle 4: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2020

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2020 V01	Juni 2019	finale Version
2020 V02	September 2019	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2020 V03	November 2019	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Fehlerkorrekturen)
2020 V04	bei Bedarf	Patches

Literatur

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2017): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [*Langfassung*]. Version 4.0. Stand: Dezember 2017. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2017-12.pdf (abgerufen am: 19.12.2017).



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 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

DATUM Bonn, 26.04.2019

GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0977**

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

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderung der QSKH-
RL**

BEZUG Ihr Schreiben vom 21.03.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 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.