

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Teil 1 für das Erfassungsjahr 2020

Vom 20. Juni 2019

### Inhalt

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

## **1. Rechtsgrundlage**

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

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **DeQS-RL Teil 1: Rahmenbestimmungen**

#### **§ 6 Aufgaben der LAG**

Zu Absatz 1 Nr. 9:

Mit den Änderungen werden redaktionelle Versehen korrigiert.

Zu Absatz 2:

Mit der Änderung wird ein fehlerhafter Verweis korrigiert.

#### **§ 8 Aufgaben der Bundesstelle**

Zu Absatz 2 Nummer 7:

Mit den Änderungen werden redaktionelle Versehen korrigiert.

#### **§14 Arten der Daten**

Zu Absatz 6:

Mit den Änderungen erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

#### **§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

Zu Absatz 8:

Mit der Änderung wird ein unklarer Verweis korrigiert.

## § 22 Finanzierung

### Zu Absatz 3:

Mit der Ergänzung in Satz 1 werden die LAGen verpflichtet, die von ihnen jeweils zu erstellende Übersicht der Kosten auch an den G-BA zu übermitteln. Darüber hinaus werden die Vorgaben um eine Frist für die Veröffentlichung und Übermittlung der Kosten-Übersichten ergänzt.

In Satz 4 wird ein Verweis redaktionell korrigiert.

## Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren

### § 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle

#### Zu Absatz 3:

Mit der Ergänzung wird ein Verweis redaktionell präzisiert.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

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

### 4. Verfahrensablauf

Am 22. Januar 2019 begann die AG DeQS mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle)

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
22. Januar 2019	AG-Sitzung	Aufnahme der Beratung
12. März 2019	AG-Sitzung	Abschließende Beratung des Beschlussentwurfs
6. März 2019	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
30. April 2019	AG DeQS	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
8. Mai 2019	Unterausschuss 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 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 zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. März 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 13. März 2019 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 10. April 2019.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 26. April 2019 mitgeteilt, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 2**).

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-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.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage 1: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 2: 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

# Beschlussentwurf

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Teil 1 und des Verfahrens 1 (QS PCI) für das Erfassungsjahr 2020

Stand: 13.03.2019

**Hinweis:**

Dissente Punkte sind **gelb markiert**.

Vom 20. Juni 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), zuletzt geändert am TT.MM.JJJJ V (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

I. Teil 1: Rahmenbestimmungen wird wie folgt geändert:

1.

GKV-SV/DKG/KBV/KZBV	PatV
[keine Übernahme]	In § 5 Absatz 5 Satz 7 wird nach den Wörtern „Von den“ das Wort „stimmberechtigten“ gestrichen.

2. § 6 wird wie folgt geändert:

- a. In Absatz 1 Nummer 9 wird das Wort „geeigneten“ durch das Wort „geeigneter“ und das Wort „Qualitätsberichts“ durch das Wort „Qualitätsbericht“ ersetzt.
  - b. In Absatz 2 wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.
3. In § 8 Absatz 2 Nummer 7 wird das Wort „geeigneten“ durch das Wort „geeigneter“ und das Wort „Qualitätsberichts“ durch das Wort „Qualitätsbericht“ ersetzt.
  4. In § 14 Absatz 6 Satz 2 wird vor dem Wort „meldenden“ das Wort „den“ durch das Wort „die“ ersetzt.
  5. In §17 Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 4“ durch die Wörter „den Absätzen 3 und 4“ ersetzt.
  6. § 22 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a. In Satz 1 werden nach den Wörtern „durch die LAG“ die Wörter „bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und“ eingefügt.
  - b. In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
7. In der Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren werden in § 2 Absatz 3 Satz 2 nach den Wörtern „Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 7“ die Wörter „der Richtlinie“ eingefügt.

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

1. Dem § 2 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte paritätisch zufallen.“

- 2. In § 3 Satz 1 wird das Wort „Themenspezifischen“ durch das Wort „themenspezifischen“ ersetzt.
- 3. In § 5 Absatz 2 Satz 1 und Satz 3 wird jeweils das Wort „Themenspezifischen“ durch das Wort „themenspezifischen“ ersetzt.
- 4. § 14 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a.

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
[keine Übernahme]	In Satz 1 wird vor den Wörtern „Mitglieder der Fachkommissionen“ das Wort „Stimmberechtigte“ gestrichen.

b.

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
[keine Übernahme]	In Satz 8 wird nach dem Wort „Alle“ das Wort „stimmberechtigten“ gestrichen.

- 5. In § 19 Satz 1 werden vor den Wörtern „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2018 geltenden“ eingefügt.
- 6. Anlage I wird wie folgt gefasst:  
„Anlage I: Indikatorenliste QS PCI

1	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Indikator-ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ bei denen gesicherte oder fragliche, objektive (apparative), nicht-invasive Ischämiezeichen vorlagen.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Indikator-ID	56001

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der durchgeführten isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“, bei denen angiographisch normale Koronargefäße nachgewiesen wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>3</b>	<b>Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI</b>
Indikator-ID	56002
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde.
Qualitätsziel	Der Anteil an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde, soll hoch sein
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>4</b>	<b>„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt</b>
Indikator-ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>5</b>	<b>„Door“-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt</b>
Indikator-ID	56004
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen die „Door“-Zeit oder die „Balloon“-Zeit nicht erfasst wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>6</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
Indikator-ID	56005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy*cm <sup>2</sup> an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>7</b>	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
Indikator-ID	56006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy*cm <sup>2</sup> an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>8</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm<sup>2</sup></b>
Indikator-ID	56007
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy*cm <sup>2</sup> an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>9</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt unbekannt</b>
Indikator-ID	56008
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und Einzeitig-PCI, bei denen kein Dosis-Flächen-Produkt angegeben wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Indikatortyp	Prozessindikator
10	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Indikator-ID	56009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der isolierten Koronarangiographien, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Indikator-ID	56010
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der isolierten PCI, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Indikator-ID	56011
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Einzeitig-PCI, bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
13	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
Indikator-ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige (Thrombininjektion, Transfusion oder chirurgische Intervention) Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI.
Qualitätsziel	Die Anzahl der therapiebedürftigen Blutungen und der punktionsnahen Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Indikator-ID	56014
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikator-ID	56016
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Indikator-ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

17	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	
Indikator-ID	56020	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.	
Qualitätsziel	Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
18	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	
Indikator-ID	56022	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag) aufgetreten sind.	
Qualitätsziel	Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
19	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI	
Indikator-ID	56024	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).	
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
20	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI	
Indikator-ID	56026	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen der Patientinnen und Patienten bis zum 365. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).	
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

“

### 7. Anlage II wird wie folgt gefasst:

„Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

#### a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

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	Feedbackkey				X
2	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
3	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

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
4	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
5	Versionsnummer [Basis]				X
6	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
7	Modulbezeichnung				X
8	Teildatensatz oder Bogen				X
9	Dokumentationsabschlussdatum				X
10	Status des Leistungserbringers	X		X	X
11	Art der Leistungserbringung	X		X	X
12	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X	
13	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>1</sup>	X			X
14	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
15	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>3</sup>	X	X		X
16	Institutionskennzeichen	X			X
17	entlassender Standort	X	X	X	X
18	behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)	X	X	X	
19	Fachabteilung	X		X	
20	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X
21	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X	
22	lebenslange Arztnummer <sup>4</sup>	X			
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>5</sup>	X	X	X	X
24	Geburtsjahr <sup>6</sup>	X	X	X	X
25	Geschlecht	X	X	X	
26	Aufnahmedatum (stationär)	X	X		
27	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X	

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

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

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

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

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

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

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	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>Körpergröße</li> <li>Körpergröße unbekannt</li> </ul>		X	X	
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Körpergewicht</li> <li>Körpergewicht unbekannt</li> </ul>		X	X	
31	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
32	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
33	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
34	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X		
35	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	X
36	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X		
37	postprozedurale Transfusion		X	X	X
38	Datum der postprozeduralen Transfusion		X		
39	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
40	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X		
41	Entlassungsdatum	X			
42	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) <sup>7</sup>	X		X	
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
44	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
45	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
46	Versionsnummer [Prozedur]				X
47	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?			X	X
48	Datum der Prozedur	X	X		

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

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
49	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) <sup>8</sup>	X		X	X
50	akutes Koronarsyndrom			X	X
51	Angina pectoris		X	X	
52	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		X	X	
53	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
54	kardiogener Schock		X	X	
55	Art der Prozedur		X	X	X
56	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	
57	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
58	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> <li>• Kreatininwert i.S. unbekannt</li> </ul>		X	X	
59	Dialysepflicht		X	X	
60	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
61	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
62	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
63	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
64	intraprozedural auftretende Ereignisse			X	X
65	<ul style="list-style-type: none"> <li>• koronarer Verschluss</li> <li>• TIA/Schlaganfall</li> <li>• Exitus im Herzkatheterlabor</li> <li>• sonstige</li> </ul>		X	X	
66	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X
67	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X
68	Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie]	X			X
69	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
70	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

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
71	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X
72	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
73	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] <sup>9</sup>	X		X	
74	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
75	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI]				X
76	Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI]	X			X
77	Vorgangsnummer, GUID [PCI]	X			X
78	Versionsnummer [PCI]				X
79	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
80	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X
81	Indikation zur PCI		X	X	X
82	Ist STEMI Hauptdiagnose?			X	X
83	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	
84	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCI an Hauptstamm</li> <li>• PCI an LAD</li> <li>• PCI an RCX</li> <li>• PCI an RCA</li> </ul>		X	X	
85	PCI mit besonderen Merkmalen			X	X
86	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCI am kompletten Gefäßverschluss</li> <li>• PCI eines Koronarbypasses</li> <li>• PCI am ungeschützten Hauptstamm</li> <li>• PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA</li> <li>• PCI am letzten verbliebenen Gefäß</li> <li>• PCI an einer In-Stent-Stenose</li> <li>• sonstige</li> </ul>		X	X	

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

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	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
88	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
89	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
90	Door-Zeitpunkt (Datum)		X		
91	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		
92	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X		
93	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

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

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

<sup>1</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.  
<sup>2</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.  
<sup>3</sup> Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Anlage 3 der Tragenden Gründe

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
13	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedureschlüssel@ops	X	X	X	
14	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X		
15	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
16	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
17	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
18	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X

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

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

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

### Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
19	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
20	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
21	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X			
22	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	
23	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
24	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	
25	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek			X	
26	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X	
27	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X			

<sup>7</sup> Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.  
<sup>8</sup> Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn sich um eine EBM-Ziffer handelt.

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
29	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
30	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
31	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
32	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
33	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X		
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X		
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X			
36	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X		X	
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit			X	
38	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	

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

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

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

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X		
40	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
41	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
42	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
43	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
44	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
45	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>12</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
46	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§ 300 (Apotheken)</b>						
47	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>13</sup>	source(300)@quelle				X
48	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>14</sup>	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X
49	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>15</sup>	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X

<sup>12</sup> Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

<sup>13</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

<sup>14</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

<sup>15</sup> Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

## Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
50	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
51	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X			
52	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder			X	
53	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X
54	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl			X	
55	Gegebenenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet			X	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>16</sup>	source(295s)@quelle				X
57	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
58	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>18</sup>	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
59	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>19</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
61	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>20</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X

<sup>16</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

<sup>18</sup> Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

<sup>19</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

<sup>20</sup> Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

### Anlage 3 der Tragenden Gründe

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
62	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X		
63	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X			
64	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X			
65	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X			
66	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
67	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X			
68	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
69	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X
<b>Administrative Daten</b>						
70	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
71	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

“

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](http://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 zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung des Teil 1 und des Verfahrens 1 (QS PCI) für das Erfassungsjahr 2020

Stand: 13.03.2019

**Hinweis:**

Dissente Positionen sind **gelb markiert**.

Vom 20. Juni 2019

### Inhalt

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

## 1. Rechtsgrundlage

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

In Teil 2 der Richtlinie sind die verfahrensspezifischen Festlegungen für die jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens schaffen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

### Einführungstext

Zu den Regelungen im Einzelnen:

### DeQS-RL Teil 1: Rahmenbestimmungen

#### § 5 Landesarbeitsgemeinschaften

Zu Absatz 5:

GKV-SV/DKG/KBV/KZBV	PatV
<i>Keine Übernahme</i>	<p>Beratungen ohne formale Abstimmungen stellen – wie bei den Bundesfachgruppen der QSKH-RL und den bisherigen Expertengruppen auf Bundesebene der Qesü-RL sowie den Fachgremien der PlanQI-RL – den unabhängigen Expertencharakter der Teilnehmer in den Vordergrund und weniger das mögliche Votum der benennenden Institutionen.</p> <p>Mit beratenden Gremien ohne formale Abstimmungen liegen dem IQTIG und dem G-BA langjährige positive Erfahrungen im Bereich der Bundesverfahren der QSKH-RL und Qesü-RL vor, die im Sinne der Einheitlichkeit der Regelungen zu beratenden Gremien und der Stellung der teilnehmenden Experten konstruktiv auf die DeQS-RL in deren themenspezifischen Bestimmungen übertragen werden.</p>

## **§ 6 Aufgaben der LAG**

### Zu Absatz 1 Nr. 9:

Mit den Änderungen werden redaktionelle Versehen korrigiert.

### Zu Absatz 2:

Mit der Änderung wird ein fehlerhafter Verweis korrigiert.

## **§ 8 Aufgaben der Bundesstelle**

### Zu Absatz 2 Nummer 7:

Mit den Änderungen werden redaktionelle Versehen korrigiert.

## **§14 Arten der Daten**

### Zu Absatz 6:

Mit den Änderungen erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

## **§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

### Zu Absatz 8:

Mit der Änderung wird ein unklarer Verweis korrigiert.

## **§ 22 Finanzierung**

### Zu Absatz 3:

Mit der Ergänzung in Satz 1 werden die LAGen verpflichtet, die von ihnen jeweils zu erstellende Übersicht der Kosten auch an den G-BA zu übermitteln. Darüber hinaus werden die Vorgaben um eine Frist für die Veröffentlichung und Übermittlung der Kosten-Übersichten ergänzt.

In Satz 4 wird ein Verweis redaktionell korrigiert.

## **Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren**

### **§ 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle**

#### Zu Absatz 3:

Mit der Ergänzung wird ein Verweis redaktionell präzisiert.

## **DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1: Themenspezifische Bestimmungen für das Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie**

### **§ 2 Eckpunkte**

#### Zu Absatz 7:

In dem neuen Absatz 7 werden entsprechend der Vorgaben in Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 11 und § 5 Absatz 2 Satz 5 der Richtlinie nach Maßgabe der wesentlichen Betroffenheit die

Stimmrechte im Lenkungsgremium der LAG festgelegt. Da im Verfahren QS PCI als sektorgleichem Verfahren sowohl ambulant und stationär erbrachte Indexeingriffe beurteilt werden (§ 2 Absatz 1) und in dem Verfahren Vertragsärztinnen und –ärzte sowie Krankenhäuser als Leistungserbringer adressiert sind, werden die Stimmrechte der Leistungserbringerseite den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser einerseits und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzten andererseits paritätisch zugeordnet.

**§ 3 Begründung der Vollerhebung**

Mit den Änderungen wird ein redaktionelles Versehen korrigiert.

**§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten**

Mit den Änderungen in Absatz 2 werden redaktionelle Versehen korrigiert.

**§ 14 Fachkommissionen**

Zu Absatz 3:

GKV-SV/DKG/KBV	PatV
<i>Keine Übernahme</i>	<p>Beratungen ohne formale Abstimmungen stellen – wie bei den Bundesfachgruppen der QSKH-RL und den bisherigen Expertengruppen auf Bundesebene der Qesü-RL sowie den Fachgremien der PlanQI-RL – den unabhängigen Expertencharakter der Teilnehmer in den Vordergrund und weniger das mögliche Votum der benennenden Institutionen.</p> <p>Mit beratenden Gremien ohne formale Abstimmungen liegen dem IQTIG und dem G-BA langjährige positive Erfahrungen im Bereich der Bundesverfahren der QSKH-RL und Qesü-RL vor, die im Sinne der Einheitlichkeit der Regelungen zu beratenden Gremien und der Stellung der teilnehmenden Experten konstruktiv auf die DeQS-RL in deren themenspezifischen Bestimmungen übertragen werden.</p>

**§ 19 Übergangsregelung**

Mit der klarstellenden Ergänzung der Geltungsdauer der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) folgt der G-BA einer Empfehlung, die das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 23. Januar 2019 im Rahmen der Nichtbeanstandung der am 22. November 2018 beschlossenen Überführung der QS-Verfahren QS PCI und QS WI von der Qesü-RL in die DeQS-RL ausgesprochen hat.

**Anlage I Indikatorenliste**

In Verfahren QS PCI wurden die jeweiligen Indikatorenlisten ausschließlich redaktionell angepasst. Es wurden keine weiteren Änderungen an den Indikatoren vorgenommen.

**Anlage II Erforderlichkeit der Daten**

Die Erläuterungen zu den neu gefassten Tabellen in Anlage II sind in den Erläuterungen zu den Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 des IQTIG (**Anlage 1**) aufgeführt.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

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

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 2**.

### 4. Verfahrensablauf

Am T. Monat JJJJ begann die AG DeQS mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle)

[Tabelle ist optional]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS	Einrichtung und Beauftragung der AG XY zur Erstfassung, Neufassung, Löschung oder Änderung der XY-Richtlinie nach § XY SGB V zum Thema XX
T. Monat JJJJ	AG-Sitzung	
T. Monat JJJJ	AG-Sitzung	
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme(n) und ggf. Anhörung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

#### Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Abs. 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) Stellung zu nehmen, soweit deren 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 eingereichte Stellungnahme ist mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. Mai 2019 durchgeführt (Anlage 6).

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).

## 5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-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.

## 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: IQTIG: Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2020 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL - Erläuterungen (20.02.2019)

Anlage 2: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sowie versandte Tragenden Gründe

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

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 DeQS-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 DeQS-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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	7
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	10
2.1 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen.....	10
2.1.1 Daten für die Fallidentifikation .....	11
2.1.2 Datenfelder für die Indikatorberechnung.....	12
2.1.3 Datenfelder für die Basisauswertung.....	12
2.1.4 Technische und anwendungsbezogene Gründe .....	13
2.2 Eindeutige Vorgangsnummer .....	13
2.3 Standortangaben.....	14
2.4 Datenfeld „Geschlecht“.....	16
2.5 Datenfeld „besonderer Personenkreis“ .....	16
2.6 Redaktionelle Änderungen .....	16
3 Modulspezifische Empfehlungen .....	18
3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie.....	18
3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI).....	18
3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI) .....	21
3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen .....	22
3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF) .....	22
3.2.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR).....	24
3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES).....	24
3.3 Cholezystektomie.....	30
3.3.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE).....	30
3.3.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL) .....	31
4 Releaseplanung .....	32
Literatur.....	33

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach DeQS-RL .....	9
Tabelle 2: Schlüssel des Datenfeldes „führende Indikation für diese Koronarangiographie“ (Modul PCI) .....	20
Tabelle 3: Releaseplanung der Basisspezifikation für Leistungserbringer 2020 .....	32
Tabelle 4: Releaseplanung der Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS- Dokumentation 2020 .....	32

## 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
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EATS	European Association for Cardio-Thoracic Surgery
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	elektronische Datenverarbeitung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
ESC	Europäische Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology)
ET-Nummer	Eurotransplant-Nummer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GUID	Globally Unique Identifier
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
ID	Identifikationsnummer
IfSG	Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	koronare Herzkrankheit
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
MACCE	schwere kardiale und zerebrovaskuläre Komplikationen ( <i>major adverse cardiac and cerebrovascular events</i> )
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt ( <i>ST-segment elevation myocardial infarction</i> )
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention ( <i>percutaneous coronary intervention</i> )
QR	Quick Response
QS	Qualitätssicherung
QS CHE	QS-Verfahren <i>Cholezystektomie</i>
QS NET	QS-Verfahren <i>Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
QS PCI	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QS WI	QS-Verfahren <i>Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</i>
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
STEMI	ST-Hebungsinfarkt ( <i>ST-segment elevation myocardial infarction</i> )

# 1 Einleitung

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

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup>. 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 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

---

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

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 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)<sup>2</sup> auch Vorgaben zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach DeQS-RL. 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 DeQS-RL**

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2020<sup>3</sup> empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach DeQS-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul eines QS-Verfahrens (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellen erstellt. Diese stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

---

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> Das Erfassungsjahr ist in der Spezifikation definiert als das Jahr der Aufnahme bzw. der Behandlung der Patientin / des Patienten, auf die/den sich die Auslösung einer fall- oder einrichtungsbezogenen Dokumentationspflicht bezieht.

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

QS-Verfahren	Module
QS PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie <sup>4</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)</li> <li>▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (PCI)</li> </ul>
QS WI	Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)</li> <li>▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (NWIWI/NWITR)</li> <li>▪ Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)</li> </ul>
QS CHE	Cholezystektomie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE)</li> <li>▪ Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL)</li> </ul>

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 lag beispielsweise noch keine finale Entscheidung bezüglich der Zuordnung belegärztlicher Leistungen im Modul CHE vor. Diese wurde erst in der Sitzung der AG DeQS-RL am 22. Januar 2019 getroffen. In der vorliegenden, korrigierten Fassung der Empfehlung zur Spezifikation wurde dieses Beratungsergebnis berücksichtigt.

Auch Anpassungen bezüglich des neuen zentralen Standortregisters wurden bis zum Stichtag nicht abschließend beraten. Die Beratung wurde erst in der AG DeQS-RL am 12. Februar 2019 abgeschlossen. Das IQTIG empfiehlt daher die unter den bekannten Aspekten (Abschnitt 2.3) und den in der AG DeQS-RL erzielten Beratungsergebnissen als am sinnvollsten eingeschätzte Lösung.

<sup>4</sup> Da sich das neue Modul zur Erhebung von Daten für die Patientenbefragung (PPCI) noch in Planung befindet, ist dieses an dieser Stelle noch nicht aufgeführt.

## 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 Basisspezifikation 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.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup>
- Überschriften und Fußnoten wurden auf inhaltliche Korrektheit geprüft.<sup>7</sup>
- 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.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

<sup>6</sup> Beispielsweise wurde in den Modulen HEP und KEP jeweils das Exportfeld „auslösende OPS-Kodes“ ergänzt, da dieses bisher in der Erforderlichkeitstabelle fehlte.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Zum Beispiel „eGK-Versichertennummer“, „Institutionskennzeichen“, „Empfänger- oder Spender-ID (ET-Nummer)“.

<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup>
- das Datenfeld im Rahmen von Kennzahlen zur Anwendung kommt. Hierbei werden Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifische Kennzahlen<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Zum Beispiel „Institutionskennzeichen“, „entlassender Standort“.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Da derzeit noch keine verfahrensspezifischen Kennzahlen etabliert sind, werden sie aktuell noch nicht als relevanter Verwendungszweck in den Erforderlichkeitstabellen geführt.

<sup>14</sup> 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 AK nicht das Feld „Operation“ bewertet, sondern die Felder „intraoperative Komplikationen“ und

- 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

## 2.2 Eindeutige Vorgangsnummer

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-

---

„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“.

<sup>15</sup> Beispiel: Das Datenfeld „Patient ist nicht gesetzlich versichert“ dient der Dokumentation der Fälle, bei denen das Feld „eGK-Versichertennummer“ nicht befüllt werden kann.

<sup>16</sup> 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-R<sup>17</sup>) 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 beispielsweise um folgende Änderungen.

- Alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen werden um ein Jahr erhöht.
- Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen optimiert.

Beispiel:

---

<sup>17</sup> 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).

- Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter“ im Modul PCI wird der letzte Abschnitt gestrichen, da dieser zu Irritationen geführt hat.
- Um die Konsistenz der Abschnittsüberschriften in einem Modul zu unterstützen, werden Überschriften ergänzt.

Beispiel:

- Im Modul PCI wird analog zum Modul CHE die Abschnittsüberschrift „Abrechnungs- und leistungsbezogene Daten“ eingefügt, die jeweils folgende Datenfelder umfasst:
  - „Status des Leistungserbringers“
  - „Art der Leistungserbringung“
  - „Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)“

## 3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2020, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Hierbei wird auf die Änderungen bei der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation („QS-Filter“ und „QS-Dokumentation“) und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen („QS-Filter“) eingegangen.

### 3.1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

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

#### 3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (PCI)

##### QS-Filter:

Im Modul PCI sind perkutane Koronarinterventionen und Koronarangiographien bei gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

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

##### QS-Dokumentation:

##### Datenfelder zur kardialen Anamnese (vor Prozedur)

Die folgenden Datenfelder zur kardialen Anamnese (vor der Prozedur) werden für die Berechnung der Qualitätsindikatoren „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“<sup>18</sup> und „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“<sup>19</sup> benötigt:

- „akutes Koronarsyndrom“
- „stabile Angina pectoris“
- „objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen“

Für diese Datenfelder werden folgende Empfehlungen gemacht.

##### ▪ Verschiebung der Datenfelder zur kardialen Anamnese (vor Prozedur)

Die Datenfelder befanden sich bisher auf dem Basisbogen.

Da sich die kardiale Anamnese einer Patientin / eines Patienten zwischen zwei Prozeduren ändern kann und dies zukünftig im Rahmen der Indikatorauswertung berücksichtigt werden soll, werden die Datenfelder auf den Prozedurbogen verschoben.

---

<sup>18</sup> Datenfelder „akutes Koronarsyndrom“, „Angina pectoris“ und „objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen“

<sup>19</sup> Datenfeld „akutes Koronarsyndrom“

#### ▪ Datenfeld „stabile Angina pectoris“

Zur Berücksichtigung der aktuellen Leitlinie „2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization“ (Neumann et al. 2019) und des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. „Indikationen zur invasiven Koronardiagnostik und Revaskularisation“ (Achenbach et al. 2017) in den folgenden Qualitätsindikatoren soll die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit (KHK) berechnet werden (Prätest-Wahrscheinlichkeit):

- Qualitätsindikator „Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie“
- Qualitätsindikator „Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund“

Hierfür sind verschiedene Variablen (z. B. Geschlecht, Alter, Angina pectoris) notwendig, die bereits in der QS-Dokumentation vorhanden sind. Zur Berechnung der Qualitätsindikatoren müssen hierzu auch Patienten und Patientinnen mit einer atypischen Angina pectoris erfasst werden können, was über die bisherigen Schlüsselwerte nicht möglich war. Für das Erfassungsjahr 2020 soll das Datenfeld daher um den neuen Schlüsselwert „atypische Angina pectoris“ ergänzt werden. In diesem Zusammenhang wird das Datenfeld in „Angina pectoris“ umbenannt.

#### ▪ Ausfüllhinweis des Datenfeldes „objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen“

Bisher wurde im Ausfüllhinweis beschrieben, dass beim Vorliegen mehrerer Befunde der zu verwenden ist, der zeitlich am nächsten zur ersten Prozedur liegt, auch wenn dieser erst nach dem Herzkatheter erstellt wurde. Nach dieser Beschreibung würden sich die Angaben in diesem Datenfeld auch auf objektive Ischämiezeichen beziehen, die nach einem bereits erfolgten Herzkatheter nachträglich erhoben wurden. Diese sind aber für die Indikation zum Herzkatheter nicht relevant. Aus diesem Grund wird der Klammerzusatz „ggf. auch erst nach dem Herzkatheter“ im Ausfüllhinweis gestrichen.

#### Neue Datenfelder zur Berechnung der glomerulären Filtrationsrate (GFR)

Für eine mögliche Risikoadjustierung der folgenden Indikatorengruppen sollen ab dem Erfassungsjahr 2020 zusätzliche Datenfelder erhoben werden:

- Indikatorengruppe „MACCE“
- Indikatorengruppe „Sterblichkeit bei PCI“

Da sich gezeigt hat, dass die ursprünglich geplante Erhebung der hierfür notwendigen Informationen über Sozialdaten bei den Krankenkassen aus verschiedenen Gründen (z. B. fehlende Erlösrelevanz, spätes Vorliegen der Daten, nicht durchgängige Differenzierung der Codes nach Stadium) nicht ausreicht, sollen neue Datenfelder in die fallbezogene QS-Dokumentation aufgenommen werden.

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

- „Kreatininwert i.S. in mg/dl“
- „Kreatininwert i.S. in  $\mu\text{mol/l}$ “
- „Kreatininwert i.S. unbekannt“
- „Dialysepflicht“

**Streichung des Datenfeldes „Nierenfunktion gemessen“**

Der Indikator „Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI“ soll nicht mehr berechnet werden, da kein Qualitätsdefizit gesehen wird. Das Datenfeld „Nierenfunktion gemessen“ wird daher aufgrund fehlender Relevanz für die externe Qualitätssicherung zur Streichung empfohlen.

**Datenfeld „führende Indikation für diese Koronarangiographie“**

Die aktuellen Schlüsselwertbezeichnungen in diesem Datenfeld sind nicht trennscharf und führen zu unterschiedlicher Interpretation eindeutiger Sachverhalte (z. B. Trennung zwischen akutem und subakutem Herzinfarkt). Über eine Umbenennung der Schlüsselwertbezeichnungen soll die notwendige Trennschärfe hergestellt werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Schlüssel des Datenfeldes „führende Indikation für diese Koronarangiographie“ (Modul PCI)

Schlüssel 2019	Schlüssel 2020
V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK	V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK
bekannte KHK	Verdacht auf Progression der bekannten KHK <sup>20</sup>
akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)	akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI)
akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)	akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) bis 24h nach Stellung der Diagnose	akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) <sup>21</sup>
akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) später als 24h nach Stellung der Diagnose	subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) <sup>22</sup>
elektive Kontrolle nach Koronarintervention	elektive Kontrolle nach Koronarintervention

<sup>20</sup> Da eine „bekannte KHK“ keine Indikation zur Koronarangiographie darstellt und an dieser Stelle der „Verdacht auf Progression der bekannten KHK“ gemeint ist, wird dieser Schlüsselwert umbenannt.

<sup>21</sup> Die Definition bzw. Präzisierung des akuten und subakuten STEMI ist notwendig, um klare Abgrenzungen festzulegen zu können. Dieser Schlüsselwert ist indikatorrelevant (z. B. Door-to-Ballon-Zeit bei STEMI).

<sup>22</sup> Die Definition bzw. Präzisierung des akuten und subakuten STEMI ist notwendig, um klare Abgrenzungen festzulegen zu können. Dieser Schlüsselwert ist indikatorrelevant (z. B. Door-to-Ballon-Zeit bei STEMI).

Schlüssel 2019	Schlüssel 2020
Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%)	Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%)
Vitium	Vitium bzw. Endokarditis <sup>23</sup>
sonstige	sonstige

#### Datenfeld „Indikation zur PCI“

Analog zum Datenfeld „führende Indikation für diese Koronarangiographie“ wird auch für dieses Datenfeld folgende Präzisierung der entsprechenden Schlüsselwerte empfohlen:

- „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden)“
- „subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden)“

#### Ausfüllhinweis der Datenfelder „Door-Zeitpunkt (Datum)“ und „Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)“

Um eine einheitliche Erfassung zu gewährleisten, ist die Konkretisierung des Aufnahmezeitpunktes notwendig. Im Ausfüllhinweis wird daher erläutert, dass als Door-Zeitpunkt die Übergabezeit aus dem Notarzt-/Rettungswagenprotokoll gilt.

Für den Fall, dass Herzinfarktpatientinnen und -patienten nicht über den Notarzt-/Rettungswagen aufgenommen werden, sollte laut bisherigem Ausfüllhinweis der Erstkontakt mit dem Behandlungsteam als Door-Zeitpunkt erfasst werden. Der Kontakt mit dem Behandlungsteam kann jedoch deutlich nach Erreichen der Notaufnahme stattfinden und damit die Door-to-Ballon-Zeit verfälschen. Daher wird empfohlen, diesen Teil der Definition auf die administrative Aufnahmezeit der Patientin / des Patienten festzulegen, da sie spezifischer ist und die Door-Zeit der Patientin / des Patienten genauer und systematischer erfasst als der Erstkontakt mit dem Pflegepersonal oder der Ärztin / dem Arzt.

#### Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

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

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

Für das Erfassungsjahr 2020 gibt es keine Änderungen in der Spezifikation zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

<sup>23</sup> Die Schlüsselwertbezeichnung soll von „Vitium“ in „Vitium bzw. Endokarditis“ umbenannt werden, da bei einer Endokarditis, die eine Herzoperation indiziert, nicht immer auch ein Vitium besteht.

## 3.2 Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen

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

### 3.2.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (NWIF)

#### QS-Filter:

Im Modul NWIF sind Behandlungsfälle mit potenzieller postoperativer Wundinfektion bei gesetzlich Versicherten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

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

#### Neue ICD-Kodes

In der Tabelle NWI\_ICD sind die ICD-Kodes zu Infektionen aus dem Kapitel „Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert“ enthalten. Da der Code, der Infektionen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate beschreibt, in der Liste bisher fehlte, soll dieser ergänzt werden:

- T85.78 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate

Da es sich in der Praxis der klinischen Handchirurgie so verhält, dass bei einer Phlegmone an der Hand spezifische Codes angegeben werden, sind die aktuell im Filter enthaltenen Codes (z. B. zum Unterarm) nicht ausreichend. In den Tabellen NWI\_OPS\_PHLEGEMONE\_OE\_ZB und NWI\_OPS\_PHLEGEMONE\_UE\_ZB werden daher die folgenden spezifischen Codes ergänzt:

- NWI\_OPS\_PHLEGEMONE\_OE\_ZB

Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

- 5-896.09 (Kleinflächig: Hand)
- 5-896.19 (Großflächig: Hand)
- 5-896.29 (Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Hand)
- 5-896.x9 (Sonstige: Hand)

Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

- 8-192.09 (Kleinflächig: Hand)
- 8-192.19 (Großflächig: Hand)
- 8-192.29 (Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Hand)
- 8-192.39 (Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Hand)
- 8-192.x9 (Sonstige: Hand)

■ NWI OPS PHLEGMONE UE ZB

Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

- 5-896.0g (Kleinflächig: Fuß)
- 5-896.1g (Großflächig: Fuß)
- 5-896.2g (Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fuß)
- 5-896.xg (Sonstige: Fuß)

Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde

- 8-192.0g (Kleinflächig: Fuß)
- 8-192.1g (Großflächig: Fuß)
- 8-192.2g (Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fuß)
- 8-192.3g (Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Fuß)
- 8-192.xg (Sonstige: Fuß)

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

**QS-Dokumentation:**

**Übergeordneter Ausfüllhinweis**

Um die Verständlichkeit des Verfahrens zu erhöhen, soll der mit der Spezifikation 2019 neu eingeführte übergeordnete Ausfüllhinweis um einen QR-Code und die ausgeschriebene Link-Adresse erweitert werden. Über beide Wege gelangen die Anwender zu häufig gestellten Fragen zu diesem Verfahren auf der IQTIG-Website.

**Neues Datenfeld „einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten“**

Da es sich bei diesem Datenfeld um ein modulübergreifendes Feld handelt, wird es zur Nutzung im Strukturierten Dialog auch in dieses Verfahren übernommen. Die einrichtungsinterne Identifikationsnummer wird der Patientin / dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an das IQTIG übermittelt.

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

Die QS-Dokumentation für das Modul NWIF bezieht sich auf die Definitionen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS-Definitionen). Da der Begriff „Surgical Site Infection“ jedoch nur in der Definition der Centers for Disease Control and Prevention (CDC-Definition) genutzt wird, soll er aus der Bogenfeldbezeichnung gestrichen werden:

- „Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?“

In der ergänzenden Bezeichnung soll auf die modifizierten KISS-Definitionen hingewiesen werden. Diese werden über einen neuen Anhang I im Ausfüllhinweis referenziert.

Zur besseren Strukturierung wird der Ausfüllhinweis in seiner Reihenfolge dahingehend angepasst, dass zunächst herausgestellt wird,

- nach welcher Definition diagnostiziert wird,
- welche Operationen dokumentiert werden bzw. den Dokumentationsbogen auslösen und
- welcher Zeitraum betrachtet wird.

Des Weiteren wird der Ausfüllhinweis durch einen QR-Code und die ausgeschriebene Link-Adresse ergänzt. Über beide Wege gelangen die Anwender zu häufig gestellten Fragen zu diesem Datenfeld auf der IQTIG-Website.

#### **Datenfeld „Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion“**

Wurde die Diagnose der postoperativen Wundinfektion vor dem Krankenhausaufenthalt gestellt, sollte bisher das Aufnahmedatum angegeben werden. Um den Follow-up-Zeitraum präziser bestimmen zu können, soll mit der Spezifikation 2020 ermöglicht werden, auch ein Datum vor dem stationären Krankenhausaufenthalt angeben zu können, wenn dieses bekannt ist.

Der Ausfüllhinweis wird um diese Informationen ergänzt.

#### **Datenfeld „Wundinfektionstiefe“**

In diesem Feld soll der Ausfüllhinweis ebenfalls um einen QR-Code und die ausgeschriebene Link-Adresse erweitert werden. Über beide Wege gelangen die Anwender zu häufig gestellten Fragen zu diesem Datenfeld auf der IQTIG-Website.

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

In diesem Feld soll der Ausfüllhinweis ebenfalls um einen QR-Code und die ausgeschriebene Link-Adresse erweitert werden. Über beide Wege gelangen die Anwender zu häufig gestellten Fragen zu diesem Datenfeld auf der IQTIG-Website.

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

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

Für das Modul NWIWI wird für das Erfassungsjahr 2020 folgende Anpassung empfohlen:

- Die Filterlisten WI\_ICD, WI\_PhlegOExtr\_OPS und WI\_PhlegUExtr\_OPS werden analog zur fallbezogenen QS-Dokumentation um die dort aufgeführten Kodierungen erweitert.

Für das Modul NWITR wird für das Erfassungsjahr 2020 keine Änderung in den Filterkriterien empfohlen.

### **3.2.3 Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (NWIEA/NWIES)**

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

Für die Module NWIEA und NWIES gibt es für das Erfassungsjahr 2020 keine Änderungen in den Auslösekriterien.

## QS-Dokumentation:

### **Ergänzung von Hinweisen auf die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO-Empfehlung) „Prävention postoperativer Wundinfektionen“**

In der Sitzung der AG Umsetzung Eckpunktebeschluss vom 12. September 2018 wurde um Prüfung notwendiger Spezifikationsänderungen auf Grundlage der Stellungnahme des Robert Koch-Instituts (RKI) zur DeQS-RL gebeten.

Das RKI merkte an, dass zusätzlich zu der bereits in den Ausfüllhinweisen zitierten KRINKO-Empfehlungen „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ außerdem die Empfehlungen zur „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ benannt werden könnten. Um diesem Hinweis Rechnung zu tragen, wird in den Ausfüllhinweisen folgender Datenfelder ergänzt, dass Hinweise zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe (PAP) ebenfalls in der KRINKO-Empfehlung „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ enthalten sind.

#### Modul NWIES:

- „Gab es im gesamten Jahr 2020 in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?“
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenrasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?“<sup>24</sup>
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?“<sup>25</sup>
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?“<sup>26</sup>
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten am OP-Tag eine Haarentfernung indiziert ist?“<sup>27</sup>

#### Modul NWIEA:

- „Gab es im gesamten Jahr 2020 in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?“
- „Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt, wenn eine Haarentfernung indiziert ist?“<sup>28</sup>

### **Anpassung der Datenfelder zur Haarentfernung**

Das RKI schlägt vor, die Feldbezeichnung des Feldes zur Haarentfernung mit einem Haarschneider (Clipper) vor operativem Eingriff am OP-Tag an die KRINKO-Empfehlung anzupassen. Gemäß KRINKO kann eine Haarentfernung mit Clipper zu einem beliebigen Zeitpunkt durchgeführt werden, d. h., es muss nicht zwangsläufig der OP-Tag sein.

<sup>24</sup> Der Zusatz „am OP-Tag“ soll für das Erfassungsjahr 2020 gestrichen werden.

<sup>25</sup> Der Zusatz „am OP-Tag“ soll für das Erfassungsjahr 2020 gestrichen werden.

<sup>26</sup> Der Zusatz „am OP-Tag“ soll für das Erfassungsjahr 2020 gestrichen werden.

<sup>27</sup> Der Zusatz „am OP-Tag“ soll für das Erfassungsjahr 2020 gestrichen werden.

<sup>28</sup> Der Zusatz „am OP-Tag“ soll für das Erfassungsjahr 2020 gestrichen werden.

Aus Sicht des IQTIG sollte diese Änderung nicht nur für die Haarentfernung mit Clipper, sondern für sämtliche Datenfelder zur Haarentfernung vorgenommen werden. Für das Erfassungsjahr 2020 soll daher der Zusatz „am OP-Tag“ gestrichen werden, sodass folgende Bogenfeldbezeichnungen verbleiben.

Modul NWIES:

- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenrasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?“
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?“
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?“
- „Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?“

Modul NWIEA:

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

**Neues Exportfeld „Nutzen Sie ausschließlich Einmalsterilgut, das nicht wieder aufbereitet wird?“ (NWIEA)**

Die AG Qesü-RL hat am 12. April 2018 Änderungen des IQTIG an der Spezifikation der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für die Erfassungsjahre 2018 und 2019 beraten. Kritisch beurteilt wurde insbesondere, dass im Fragebogen für ambulante Einrichtungen die Verwendung von Einmalsterilgut nicht abgebildet war, weshalb der Fragebogen von den Leistungserbringern in einigen Fällen nicht abgeschlossen werden konnte. Es wurde vereinbart, ein neues Filterfeld zur Verwendung von Einmalsterilgut in den Fragebogen aufzunehmen, ohne dass dieses exportiert wird:

- „Nutzen Sie ausschließlich Einmalsterilgut, das nicht wieder aufbereitet wird?“

Eine Anpassung der Erforderlichkeitstabellen war aufgrund des fehlenden Exportes für die Spezifikationen 2018 und 2019 nicht erforderlich. Auf Wunsch der AG wurde die Anpassung bereits für das Erfassungsjahr 2018 in einem Update der Spezifikation umgesetzt.

Das IQTIG empfiehlt, das Datenfeld ab der Spezifikation 2020 für den Export freizugeben, um es im Rahmen von Plausibilitätsregeln im Datenfluss zur Anwendung bringen zu können.

**Datenfelder zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie**

Für die in den folgenden Datenfeldern genannten Informationsveranstaltungen gelten bestimmte Mindestinhalte:

- Modul NWIES: „Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Jahr 2020 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?“

- Modul NWIEA: „Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Jahr 2020 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?“

Es handelt sich um folgende Mindestinhalte:

- lokales Erregerspektrum und Resistenzlage
- Antibiotikaphylaxe, Antibiotikatherapie
- Indikation für mikrobiologische Untersuchungen
- Antibiotika-Initialtherapie

Da diese derzeit sowohl im Ausfüllhinweis als auch in der ergänzenden Bezeichnung benannt werden, soll ab dem Erfassungsjahr 2020 nur noch die Aufzählung im Ausfüllhinweis bestehen bleiben.

Zudem soll der Ausfüllhinweis in beiden Modulen um eine Beschreibung der Berechnung des Anteils in Form folgender Eckpunkte ergänzt werden:

- „Die Teilnahme der Mitarbeiter ist in einer Liste dokumentiert.“
- „Die Mitarbeiter werden pro Kopf gezählt, unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Es sind diejenigen Ärzte einzubeziehen, die in der Patientenversorgung ganzjährig tätig waren (z. B. auch Mitarbeiter beauftragter Dienstleister und Beamte). Auszuschließen sind Ärzte, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von mehr als sechs Wochen im Erfassungsjahr durch z. B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u. Ä. vorlag.“
- „In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter, unabhängig davon, ob sie zurzeit im Ambulanzbereich tätig sind oder nicht.“<sup>29</sup>

#### **Datenfelder zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention**

Da die Daten zur Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention beim Leistungserbringer nicht immer in der für die Dokumentation notwendigen Form vorliegen, kam es in einigen Fällen zu Problemen bei der Dokumentation. Im Datenfeld „Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter [...] erhoben?“ wird daher folgende ergänzende Bezeichnung eingefügt:

- „Wurden die Daten nicht in der zur Befüllung der folgenden Felder benötigten Form erhoben, darf hier „nein“ angegeben werden.“

Diese Änderung wurde bereits im Update der Spezifikation 2018 umgesetzt.

Um eine einheitlichere Dokumentation zu erreichen und Rückfragen zu vermeiden, sollen die Ausfüllhinweise der Datenfelder zur Teilnahme der einzelnen Mitarbeitergruppen an mindestens einer Informationsveranstaltung / an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ ergänzt werden. Es handelt sich um folgende Datenfelder:

---

<sup>29</sup> Da dieser Hinweis im Modul NWIEA bereits enthalten ist, wird dieser nur im Modul NWIES ergänzt.

- Modul NWIEA: „Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Jahr 2020 mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?“
- Module NWIES/NWIEA: „Ärzte“
- Module NWIES/NWIEA: „examierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer“<sup>30</sup>
- Module NWIES/NWIEA: „Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes“
- Module NWIES/NWIEA: „medizinische Fachangestellte“
- Module NWIES/NWIEA: „Reinigungskräfte“
- Module NWIES/NWIEA: „Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)“
- Modul NWIES: „Mitarbeiter der Küche“

Zusätzliche Texte in den Ausfüllhinweisen beider Module sollen erläutern, welche Mitarbeiter zu zählen sind. Die Zugehörigkeit zu den einzelnen Mitarbeitergruppen soll in Anlehnung an den Qualitätsbericht der Krankenhäuser definiert werden. Bei den Küchenmitarbeitern soll ein Hinweis ergänzt werden, welche Informationsveranstaltung oder welches E-Learning-Programm gezählt wird.

Der bisherige Text wird deshalb an den jeweiligen Stellen feldübergreifend im modulübergreifenden Ausfüllhinweis durch folgende Hinweise ergänzt:

- „Die Mitarbeiter werden pro Kopf gezählt unabhängig von ihrer Wochenarbeitszeit (in Voll- oder Teilzeitarbeit). Es sind diejenigen Mitarbeiter einzubeziehen, die ganzjährig in der Einrichtung tätig waren (z. B. auch Mitarbeiter beauftragter Dienstleister und Beamte). Auszuschließen sind Mitarbeiter, bei denen eine Tätigkeitsunterbrechung von mehr als sechs Wochen im Erfassungsjahr durch z. B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u. Ä. vorlag.“
- „Die Mitarbeiter sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.“
- „Bei „Ärzten“, „Pflegepersonal“, „Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes“ und „Medizinischen Fachangestellten“ werden ausschließlich in der Patientenversorgung tätige Mitarbeiter erfasst.“
- „Sämtliche Mitarbeiter, die in der Sterilgut-Versorgungsabteilung tätig sind, sind in der Gruppe der „Mitarbeiter Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)“ zu erfassen.“
- „Mitarbeiter, die Sterilgut aufarbeiten, aber nicht in der Sterilgut-Versorgungsabteilung tätig sind, werden in den Berufsgruppen „Pflegepersonal“, „Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes“ oder „Medizinische Fachangestellte“ gezählt.“
- „In Anlehnung an die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser umfasst das Pflegepersonal Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegeassistenten und (Kranken-)Pflegehelfer, Altenpfleger und Operationstechnische Assistenten. Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen. Medizinische Fachangestellte werden in einer separaten Berufsgruppe erfasst.“
- „In Krankenhäusern bezieht sich der Anteil auf alle Mitarbeiter, [...] bei den Ärzten [...] unabhängig davon, ob sie Patientenkontakt haben oder nicht.“

---

<sup>30</sup> Das Datenfeld wird umbenannt in „Pflegepersonal“.

- „Bei Gesundheits- und Krankenpflegern und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfern, Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes werden ausschließlich Mitarbeiter mit direktem Patientenkontakt erfasst.“
- „Für Küchenmitarbeiter gilt die Belehrung nach § 43 des IfSG als „Informationsveranstaltung / E-Learning-Programm zur Thematik -Hygiene und Infektionsprävention“.

Neben der Anpassung des übergreifenden Ausfüllhinweises sollen die folgenden Datenfelder umbenannt bzw. gestrichen werden:

- **Datenfelder zu examinieren Krankenpflegern und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfern (NWIEA/NWIES)**

Weil das Wort „examinieren“ Mitarbeitergruppen ausschließt, die im QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen, wird dieses Datenfeld umbenannt in „Pflegepersonal“ und diese Mitarbeitergruppe wird im feldübergreifenden Ausfüllhinweis in Anlehnung an die Qualitätsberichte der Krankenhäuser so definiert, dass „Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegeassistenten und (Kranken-)Pflegehelfer, Altenpfleger und Operationstechnische Assistenten“ und auch „Pflegekräfte in Intensivpflege und -behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen“.

Es ergeben sich folgende Datenfeldbezeichnungen:

- Module NWIEA/NWIES: „Pflegepersonal“
- Modul NWIEA: „Pflegepersonal nicht vorhanden“

- **Neues Datenfeld „Reinigungskräfte nicht vorhanden“ (NWIEA)**

Weil im ambulanten Bereich in manchen Einrichtungen die Reinigungsarbeiten von anderen Mitarbeitergruppen zusätzlich zu ihrer Haupttätigkeit erledigt werden, soll das Datenfeld „Reinigungskräfte nicht vorhanden“ ergänzt werden.

- **Neues Datenfeld „Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden“ (NWIEA)**

Weil im ambulanten Bereich in manchen Einrichtungen nur mit Einmalsterilgut gearbeitet wird, soll das Datenfeld „Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden“ ergänzt werden.

- **Datenfelder zur Durchführung von Compliance-Überprüfungen**

Der Begriff „anlassbezogen“ in den Datenfeldern zur Compliance-Überprüfung hat sich im Regelbetrieb des Verfahrens als fehlerhaft erwiesen. Da in diesen Datenfeldern nicht nur Compliance-Überprüfungen nach bestimmten Vorfällen (Anlässen) dokumentiert werden sollen, sondern alle Überprüfungen eines bestimmten Arbeitsschrittes (z. B. Händedesinfektion) aufgrund eines dies erfordernden Anlasses (z. B. Patientenkontakt), hat sich die bisherige Formulierung als nicht korrekt herausgestellt. Der Begriff „anlassbezogen“ soll daher in den entsprechenden Datenfeldern und den dazugehörigen Ausfüllhinweisen gestrichen werden, sodass folgende Bogenfeldbezeichnungen verbleiben:

#### Modul NWIES:

- „Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?“
- „Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandwechsels durchgeführt?“
- „Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?“

#### Modul NWIEA:

- „Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?“
- „Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt?“

### 3.3 Cholezystektomie

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

#### 3.3.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE)

##### QS-Filter:

Im Modul CHE sind Cholezystektomien bei gesetzlich Versicherten dokumentationspflichtig.

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

##### QS-Dokumentation:

###### Erhebung belegärztlicher Leistungen

Die ursprünglich vorgesehene Datenerhebung belegärztlicher Fälle sah eine Datenübermittlung über die Datenannahmestellen der Landesgeschäftsstellen bzw. Landeskrankenhausesellschaften vor. Durch die damit einhergehenden Anforderungen (z. B. eine Verarbeitung der Betriebsstättennummern durch die Landesebene) konnte sich der Datenfluss nicht etablieren. Auf Beschluss des Plenums des G-BA vom 18. Oktober 2018 wurden die belegärztlichen Leistungen daher vorübergehend für das Erfassungsjahr 2019 aus der Dokumentation des Moduls CHE ausgeschlossen (§ 19 Übergangsregelung für belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe). Das Verfahren *QS CHE* soll für belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe erst ab dem 1. Januar 2020 angewendet werden.

Aufgrund der geringen Fallzahlen belegärztlich durchgeführter Cholezystektomien werden die belegärztlich durchgeführten Indexeingriffe dem Krankenhaus zugeordnet. Daher werden folgende Datenfelder zur Streichung empfohlen:

- „Status des Leistungserbringers“
- „Betriebsstättennummer“
- „Nebenbetriebsstättennummer“
- „lebenslange Arztnummer“

Aufgrund dieser Änderung sind die ursprünglich vorgesehenen Exportmodule nicht mehr notwendig. Das Modul CHE wird ohne weitere Differenzierung ausschließlich über die Landesgeschäftsstellen bzw. Landeskrankenhausesellschaften übermittelt.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

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

### **3.3.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL)**

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

Infolge der Zuordnung belegärztlicher Leistungen zum Krankenhaus, werden die entsprechenden Datenfelder aus der Darstellung der Erforderlichkeit der Daten (Erforderlichkeitstabelle) entfernt.

Eine entsprechende Anpassung wird folglich auch für den QS-Filter in der Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen empfohlen. Sämtliche Datenfelder, welche bislang der Erfassung von Betriebsstättennummern dienten, werden neben der Referenzierung der entsprechenden Datenquellen aus dem QS-Filter entfernt. Betroffen sind beide Filterstufen (sowohl der Patientenfilter als auch der Leistungs- und Medikationsfilter), jeweils in der Beschreibung als auch im Pseudocode.

## 4 Releaseplanung

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

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

*Tabelle 3: Releaseplanung der Basisspezifikation 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, Aktualisierung von EBM-Kodes, Fehlerkorrekturen)
2020 V04	bei Bedarf	Patches

In Anlehnung an diese Releaseplanung werden Veröffentlichungstermine im Juni 2019 sowie im November 2019 für die Spezifikation zur Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen. Die Releaseplanung der Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation kann Tabelle 4 entnommen werden.

*Tabelle 4: Releaseplanung der Spezifikation für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation 2020*

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2020 V01	Juni 2020	finale Version
2020 V02	September 2020	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2020 V03	bei Bedarf	Patches

## Literatur

Achenbach, S; Naber, C; Levenson, B; Böning, A; Schächinger, V (2017): Indikationen zur invasiven Koronardiagnostik und Revaskularisation. *Der Kardiologe* 11(4): 272-284. DOI: 10.1007/s12181-017-0156-y.

Neumann, F-J; Sousa-Uva, M; Ahlsson, A; Alfonso, F; Banning, AP; Benedetto, U; et al. (2019): 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal* 40(2): 87-165. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy394.



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](http://www.datenschutz.bund.de)

DATUM Bonn, 26.04.2019  
GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0974**

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

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V- Änderung der DeQS-RL  
Teil 1 und Teil 2 des Verfahrens (QS PCI) für das Erfassungsjahr 2020**

BEZUG Ihr Schreiben vom 13.03.2019

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.