

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen der Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI) und Verfahren 4 (QS NET) für das Erfassungsjahr 2021

Vom 16. Juli 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
	a) Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI).....	2
	b) Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI).....	7
	c) Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	12
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	17
4.	Verfahrensablauf.....	17
5.	Fazit.....	18
6.	Zusammenfassende Dokumentation	18

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren 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 QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

a) Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Bezeichnung des Verfahren

Die Bezeichnung des Verfahrens wird redaktionell angepasst.

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

Zu Absatz 2:

Die Bezeichnung des Verfahrens wird redaktionell angepasst.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen sowie um eine Ergänzung des Verweises auf die für die Aus- und Bewertung relevanten Vorschriften in Teil 1 der Richtlinie.

Zu Absatz 5:

Es handelt sich um eine redaktionelle Präzisierung, indem der in § 1 definierte Begriff „Indexeingriff“ verwendet wird.

Zu Absatz 6:

Zu Satz 3 und 4:

Mit der geänderten Formulierung soll verhindert werden, dass allein aufgrund einer etwaigen Verzögerung der Beschlussfassung im G-BA das Verfahren außer Kraft tritt.

Zu § 3 Begründung der Vollerhebung

Zu Absatz 1:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zur Bezeichnung des Paragraphen:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den neuen Verarbeitungsbegriff der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Zu Satz 1:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Satz 3 und 4:

Es werden in den themenspezifischen Bestimmungen nunmehr grundsätzlich einheitliche (Ausnahme: einrichtungsbezogene Spezifikation bei Verfahren 2 QS WI) Fristen für die Beschlussfassung über die Spezifikation und die anschließende Veröffentlichung der Spezifikation durch das IQTIG normativ festgelegt. Mit der vorgesehenen Beschlussfassung zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres und der anschließenden Veröffentlichung der Spezifikation durch das IQTIG spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Beschlussfassung wird den Softwarefirmen eine verlässliche Grundlage und ausreichend Zeit gegeben, die erforderlichen Softwareanwendungen auf Grundlage der Spezifikation rechtzeitig anzupassen und bereitzustellen. Mit der Beschlussfassung über die Spezifikation bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres wird eine zeitgleiche Beratung und Beschlussfassung mit ggf. erforderlichen weiteren Richtlinienänderungen angestrebt; zudem ist die zeitgleiche Beschlussfassung und Veröffentlichung der prospektiven Rechenregeln vorgesehen (vgl. Teil 1 § 14a Absatz 3 Sätze 2 und 3 DeQS-RL). Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. die Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Der bestehende Richtlinienentwurf wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen und eine Verweisanpassung.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 3:

Die Zwischenberichte sollen ausschließlich auf Basis von Qualitätssicherungsdaten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation erstellt werden, um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine zeitnahe Rückmeldung über ihre aktuelle Datenvollständigkeit und frühzeitige Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Satz zwei wurde redaktionell angepasst, um zu verdeutlichen, dass in den Zwischenberichten zusätzlich Angaben zur Anzahl der übermittelten Datensätze aus Patientenbefragungen enthalten sind.

Zu Absatz 4:

Der bestehende Richtlinienentwurf wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 18 Absatz 5 der Richtlinie normiert wird.

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

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu Absatz 1 bis 4:

Die Absätze 1 bis 4 (alt) wurden gestrichen, da die Regelungen zur Bewertung von Qualitätsergebnissen durch die Fachkommissionen, zu Stellungnahmeverfahren und zur Festlegung von QS-Maßnahmen mit Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 im Wesentlichen in den Rahmenteil der DeQS-RL (Teil 1 §§ 8a und 17) verschoben wurden. Grund hierfür ist, dass die entsprechenden Regelungen nicht verfahrensspezifisch sind, sondern allgemeine Gültigkeit für alle QS-Verfahren der DeQS-RL haben sollen.

Zu § 14 Fachkommissionen

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen mit Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert sind.

Zu Absatz 3 (alt):

Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der vom G-BA am 16. Juli 2020 beschlossenen Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen in Teil 1 § 8a der DeQS-RL.

Zu Satz 3:

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

Zu Satz 5:

In dem bisherigen Satz 5 erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu Satz 8:

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur Anpassung an die mit Beschluss vom 16. Juli 2020 in Teil 1 § 8a DeQS-RL erfolgten Regelungen zu den Fachkommissionen.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 2:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung zur Zusammenarbeit der LAGen und ihrer Fachkommissionen mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bereits von der Regelung in Teil 1 § 12 Absatz 2 der DeQS-RL mit umfasst ist.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1:

Es erfolgt eine Präzisierung in Bezug auf die zu übermittelnden Daten sowie redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 1a:

Es erfolgt eine Präzisierung in Bezug auf die zu übermittelnden Daten.

Zu Absatz 2:

Es erfolgt eine Präzisierung in Bezug auf die zu übermittelnden Daten.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zeitgleich mit den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll dem G-BA die Bundesauswertung mit identischen Inhalten zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Da der G-BA bis zum 31. Dezember 2020 die noch ausstehenden Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze beschließt, werden für das Erfassungsjahr 2020 keine Vergütungsabschläge für eine Nicht-Dokumentation dokumentationspflichtiger Datensätze erhoben.

Ergänzend zu den vorbestehenden Regelungen für die fallbezogene Datenerhebung der Leistungserbringer wird eine vergleichbare Regelung ab Beginn der Datenerhebung im Juli 2021 für das Instrument der Patientenbefragung aufgenommen. Bei erstmaliger Implementierung dieses Instrumentes im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung soll für die beteiligten Vertragsärzte und -Ärztinnen sowie Krankenhäuser ein Zeitraum von zwölf Monaten ohne Sanktionen bei nicht gelieferten Datensätzen vorgesehen werden. Sowohl die monatliche Lieferung der Daten für die Auslösung der Patientenbefragung stellt eine deutliche Abweichung zum bisherigen Vorgehen einer jährlichen/quarterweisen Datenlieferung dar ebenso ist die Einbindung einer Versendestelle den Verfahrensablauf als wesentliche Änderung zu bewerten.

Aus der Erfahrung vorheriger Jahre hat sich ergeben, dass mindestens im ersten Erfassungsjahr nach Einführung eines neuen QS-Verfahrens, einer neuen Datenquelle oder Datenweges in der sektorenübergreifenden QS sehr häufig Korrekturen der IQTIG-Spezifikation, ergänzende Unterstützung der Softwareanbieter bei der Umsetzung der

Spezifikation sowie Anpassungen in den technischen Verfahrensabläufen notwendig sind. Diese Probleme sind bis zur Klärung der Ursachen sowie Stabilisierung der Verfahrensabläufe nicht den beteiligten Vertragsärztinnen und Ärzten oder den beteiligten Krankenhäusern anzulasten. Zwölf Monate werden als ausreichend betrachtet, um Probleme im Datenfluss zu analysieren und zu beheben.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

Zu Absatz 8:

Die Ergänzung stellt klar, welche Eingriffe für die Auslösung der Patientenbefragung einbezogen werden sollen. Übereinstimmend mit den Empfehlungen zur Spezifikation der Patientenbefragung werden hierbei im stationären Sektor das Aufnahmedatum und im ambulanten Sektor das Behandlungsdatum als maßgeblich festgelegt. Somit werden in beiden Sektoren nur Behandlungsfälle, die ab dem 1. Juli 2021 beginnen, einbezogen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)

Es erfolgen redaktionelle Anpassungen.

Streichung von QI-ID 56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI zum Erfassungsjahr 2021

Dieser Qualitätsindikator (QI) soll ausgesetzt werden, da mit dem Expertengremium konsentiert wurde, dass er zukünftig entfallen kann. Die Messung der Nierenfunktion gehört mittlerweile zum medizinischen Standard und die bisherigen Indikatorergebnisse weisen auf einen Deckeneffekt hin. In der Indikatorenliste (Februar 2019) für die Richtlinie zum Erfassungsjahr 2020 wurde dieser QI noch nicht gestrichen, da zum Zeitpunkt der Erstellung der QI-Liste die fachliche Beratung mit dem Expertengremium nicht abgeschlossen war. Dies erfolgte in der Frühjahrssitzung 2019 mit der Empfehlung, den QI zu streichen. Aufgrund von verfahrenstechnischen Vorgaben des G-BA konnte der Indikator für das Erfassungsjahr 2020 jedoch nicht mehr abgeschaltet werden. Dies erfolgt nun für das Erfassungsjahr 2021.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2020 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2021 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

b) Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zur Bezeichnung des Verfahrens

Die Bezeichnung des Verfahrens wird redaktionell angepasst.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 1 und Absatz 3:

Es erfolgen redaktionelle Verweisanpassungen sowie in Absatz 3 eine Ergänzung des Verweises auf die für die Aus- und Bewertung relevanten Vorschriften in Teil 1 der Richtlinie.

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 5:

Mit der geänderten Formulierung soll verhindert werden, dass allein aufgrund einer etwaigen Verzögerung der Beschlussfassung im G-BA das Verfahren außer Kraft tritt.

Zu § 3 Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt. Der Begriff „Datenzusammenführung“ wird durch den Ausdruck „Verknüpfung von Daten“ ersetzt.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Bezeichnung des Paragraphen:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den neuen Verarbeitungsbegriff der DSGVO.

Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Im Verfahren QS WI gibt es aufgrund der zwei Abschnitte (siehe § 3 Absätze 1 und 2) des komplexen Verfahrens auch zwei unterschiedliche Spezifikationen: Die fallbezogene Spezifikation, welche die technischen Vorgaben zur Berechnung und Ermittlung von Wundinfektionsraten vorgibt, soll dem üblichen Rhythmus von Beschluss und Veröffentlichung zum 30. Juni jeden Jahres folgen. Der Beschluss und die Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Spezifikation folgt aufgrund seiner Besonderheit (retrospektive Datenerhebung nach dem Erfassungsjahr) einer neuen Zeitfrist, welche bereits im Plenum am 19. Dezember 2019 beschlossen wurde. Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. die Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten.

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen mit Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu den Sätzen 1 und 2 (neu):

Die prospektiven Rechenregeln der Indikatoren bzw. deren Kennzahlen zur Berechnung des Hygiene- und Infektionsmanagements (Anlage I Buchstabe b) werden gemeinsam mit Änderungen der Richtlinie (insbesondere zu den Exportfeldern der Anlage II Buchstaben d und e) sowie den Änderungen der einrichtungsbezogenen Spezifikation vom G-BA im letzten Plenum des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres, spätestens jedoch zum 31. Dezember, beschlossen. Bei den Indikatoren (bzw. deren Kennzahlen) zur Berechnung des Hygiene- und Infektionsmanagements einer Einrichtung wird ein abweichendes Beschlussdatum gewählt. Bei Verwendung der regulären Zeitfristen mit einer Veröffentlichung im Juni eines jeden Jahres liegen zwischen Beschluss- und Dokumentationszeitpunkt der Einrichtungsbefragung 1,5 Jahre, da die Befragung retrospektiv erst nach Abschluss eines Erfassungsjahres erfolgt. Erfahrungen des Erprobungszeitraumes haben gezeigt, dass so jährlich notwendige Korrekturen und Anpassungen aufgrund dieser Vorlaufzeit erst mit einer zeitlichen Verzögerung von mindestens 2 Jahren implementiert werden können. Daher wählte der G-BA den letztmöglichen Zeitpunkt vor Beginn des jeweiligen Erfassungsjahres, um auf möglichen Anpassungsbedarf reagieren und die Spezifikation sowie die Rechenregeln zeitnah anpassen zu können.

Im Verfahren QS WI sind insbesondere die Kennzahlen der Einrichtungsbefragung zeitgleich und vollständig mit den prospektiven Rechenregeln zu veröffentlichen, da die Indikatoren der Anlage I Buchstabe b einen Index aus zwölf Kennzahlen bilden.

Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten. Abweichungen zwischen Exportdatenfelder und Indikatorliste der Richtlinie zu den Vorgaben der Spezifikationen oder den prospektiven Rechenregeln werden durch dieses Vorgehen möglichst vermieden.

Die prospektiven Rechenregeln müssen zum gleichen Zeitpunkt wie die Spezifikationen, spätestens 14 Tage nach dem jeweiligen G-BA Beschluss, durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht werden.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Zu Absatz 1:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3:

Die Zwischenberichte sollen ausschließlich auf Basis von Qualitätssicherungsdaten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation erstellt werden, um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine zeitnahe Rückmeldung über ihre aktuelle Datenvollständigkeit und frühzeitige Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Da für die Berechnung der Wundinfektionsrate im Verfahren QS WI die fallbezogene QS-Dokumentation mit Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, verknüpft werden müssen, können aufgrund der langen Datenlieferfristen die Berechnungen zu den Wundinfektionen in Form eines Zwischenberichts frühestens nach einem Jahr an die Leistungserbringer zurückgespiegelt werden. Da der Zwischenbericht ursprünglich für eine zeitnahe Rückmeldung geplant war, entfällt dieser für das Verfahren QS WI. Eine kontinuierliche Rückspiegelung der Wundinfektionsrate erhalten die Leistungserbringer durch ihren jährlichen Rückmeldebericht zum 30. Juni.

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 4:

Der bestehende Richtlinienentwurf wird aufgehoben, da die Regelung durch Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 künftig in Teil 1 § 18 Absatz 5 der Richtlinie normiert wird.

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

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1 und 2:

Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen zur Bewertung von Qualitätsergebnissen durch die Fachkommissionen, zu Stellungnahmeverfahren und zur Festlegung von QS-Maßnahmen in Teil 1 der DeQS-RL (§§ 8a und 17) verschoben wurden. Grund hierfür ist, dass die entsprechenden Regelungen nicht verfahrensspezifisch sind, sondern allgemeine Gültigkeit für alle QS-Verfahren der DeQS-RL haben sollen.

Zu Satz 3 bis 5:

In den bisherigen Sätzen 3 bis 5 werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Absatz 3 und 5:

Der bisherigen Absätze 3 und 5 werden aufgehoben, da die Regelungsinhalte künftig im Wesentlichen verfahrensübergreifend in Teil 1 §§ 8a und 17 der DeQS-RL normiert werden.

Zu § 14 Fachkommissionen

Zu Absatz 1 und 2:

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 3 (alt):

Zu Satz 1:

Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der vom G-BA am 16. Juli 2020 beschlossenen Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen in Teil 1 § 8a der DeQS-RL.

Zu Satz 2:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 2:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung zur Zusammenarbeit der LAGen und ihrer Fachkommissionen mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bereits von der Regelung in Teil 1 § 12 Absatz 2 der DeQS-RL mit umfasst ist.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1 und 3:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

Zeitgleich mit den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll dem G-BA die Bundesauswertung mit identischen Inhalten zur Verfügung gestellt werden.

Zu Satz 3:

Die Streichung ergibt sich als Folgeänderung aus §10 Absatz 1 (Wegfall von unterjährigen Zwischenberichten für dieses Verfahren).

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Da der G-BA bis zum 31. Dezember 2020 die noch ausstehenden Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze beschließt, werden für das Erfassungsjahr 2020 keine Vergütungsabschläge für eine Nicht-Dokumentation dokumentationspflichtiger Datensätze erhoben.

Zu § 19 Begleitende Erprobung

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 20 Übergangsregelung

Zu Absatz 1:

Der bisherige Absatz 1 wird aufgehoben, da der ursprüngliche Regelungsgehalt in der Vergangenheit liegt und nunmehr keine Relevanz mehr hat.

Zu Absatz 3 (alt):

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zur Anlage I: Indikatorenlisten (QS WI)

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung der Auflistung in Anlage I a) und Anlage I b), um die Indikatoren der beiden Abschnitte des Verfahrens übersichtlicher darzustellen und Verweise zu den entsprechenden Paragraphen in der Richtlinie zu ermöglichen. Weiterhin wurden aus Gründen der Transparenz die entsprechenden Kennzahlen aufgelistet, die in die Berechnung der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement einfließen.

Zur Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2020 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2021 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

c) Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen sowie um eine Ergänzung des Verweises auf die für die Aus- und Bewertung relevanten Vorschriften in Teil 1 der Richtlinie.

Zu Absatz 6:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 7:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung bzw. Präzisierung in Bezug auf die Definition der Indexbehandlung (hier die Transplantation als operativer Eingriff) in § 1.

Zu Absatz 8:

Zu Satz 3 und 4:

Mit der geänderten Formulierung soll verhindert werden, dass allein aufgrund einer etwaigen Verzögerung der Beschlussfassung im G-BA das Verfahren außer Kraft tritt.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zur Bezeichnung des Paragraphen:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den neuen Verarbeitungsbegriff der DSGVO.

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Es werden in den themenspezifischen Bestimmungen nunmehr grundsätzlich einheitliche (Ausnahme: einrichtungsbezogene Spezifikation bei Verfahren 2 QS WI) Fristen für die Beschlussfassung über die Spezifikation und die anschließende Veröffentlichung der Spezifikation durch das IQTIG normativ festgelegt. Mit der vorgesehenen Beschlussfassung zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres und der anschließenden Veröffentlichung der Spezifikation durch das IQTIG spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Beschlussfassung wird den die Softwarefirmen eine verlässliche Grundlage und ausreichend Zeit gegeben, die erforderlichen Softwareanwendungen auf Grundlage der Spezifikation rechtzeitig anzupassen und bereitzustellen. Mit der Beschlussfassung über die Spezifikation bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehende Jahres wird eine zeitgleiche Beratung und Beschlussfassung mit ggf. erforderlichen weiteren Richtlinienänderungen angestrebt; zudem ist die zeitgleiche Beschlussfassung und Veröffentlichung der prospektiven Rechenregeln vorgesehen (vgl. Teil 1 § 14a Absatz 3 Sätze 2 und 3 DeQS-RL).

Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. die Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Zu Absatz 1:

Der bisherige Absatz 1 wird aufgehoben, da diese Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 2:

Die bisherigen Sätze 1 bis 3 und Satz 5 werden aufgehoben, da diese Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 1 (neu):

Im Verfahren QS NET sollen insbesondere die Kennzahlen für Dialysepatienten unter 18 Jahren zeitgleich und vollständig mit den prospektiven Rechenregeln veröffentlicht werden, da für Kinder und Jugendliche keine Indikatorergebnisse abgebildet werden und Einrichtungen üblicher Weise entweder auf pädiatrische Fälle oder Erwachsene als Dialysepatienten spezialisiert sind. Die zeitgleiche Veröffentlichung von Kennzahlen soll somit für solche Einrichtungen, die ausschließlich Patienten unter 18 Jahren dialysieren, ein geeignetes Instrument für das interne Qualitätsmanagement und Benchmarking der Einrichtung transparent darstellen.

Die prospektive Veröffentlichung dieser Kennzahlen ist nötig, da nach dem Grundsatz der Zweckbindung personenbezogene Daten nur für festgelegte und eindeutige Zwecke erhoben werden und nicht in einer mit diesen Zwecken nicht zu vereinbarenden Weise weiterverarbeitet werden dürfen. Die Zwecke müssen bereits zum Zeitpunkt der Erhebung der personenbezogenen Daten feststehen. Dies wird durch die prospektive Veröffentlichung der Kennzahlen sichergestellt.

Die prospektiven Rechenregeln müssen zum gleichen Zeitpunkt wie die Spezifikationen, spätestens 14 Tage nach dem jeweiligen G-BA Beschluss, durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht werden.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Zu Satz 1:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 3:

Die Zwischenberichte sollen ausschließlich auf Basis von Qualitätssicherungsdaten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation erstellt werden, um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine zeitnahe Rückmeldung über ihre aktuelle Datenvollständigkeit und frühzeitige Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Zu Absatz 4:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung künftig gemäß Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 in Teil 1 § 18 Absatz 5 der Richtlinie normiert wird.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu Absatz 3:

Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 17 der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 4 (alt):

Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden aufgehoben, da die Regelungsinhalte künftig im Wesentlichen in Teil 1 §§ 8a, 17 der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 5 (alt):

Die bisherigen Sätze 3 bis 8 werden aufgehoben, da die Regelungsinhalte künftig im Wesentlichen in Teil 1 §§ 8a, 17 der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 6 (alt):

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 7 (alt):

Der bisherige Absatz 7 wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 8 (alt):

Zu Satz 1:

Die Auswertung des 1, 2, 3, 5 und 10 Jahres-Überlebens nach Dialysebeginn erfolgt zunächst als Kennzahl. Entsprechend wird kein Indikator zur Dialyse aufgelistet.

Zu Satz 2:

Es wird der Begriff Ergebnisqualität analog der Verwendung in Satz 1 genutzt.

Zu § 14 Fachkommissionen

Zu Absatz 1 und Absatz 2:

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 3 (alt):

Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der vom G-BA am 16. Juli 2020 beschlossenen Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen in Teil 1 § 8a der DeQS-RL.

Bei der Aufzählung der Vertreterinnen und Vertreter der Fachkommission für Dialyseeinrichtungen wurde zur Klarstellung ein Richtlinienverweis auf die DeQS-RL Teil 1 eingefügt.

Zu Satz 3:

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4 und sprachlich angepasst.

Zu Satz 6:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 2:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung zur Zusammenarbeit der LAGen und ihrer Fachkommissionen mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bereits von der Regelung in Teil 1 § 12 Absatz 2 der DeQS-RL mit umfasst ist.

Zu § 14a Bundesfachkommission

Zu Absatz 1 und Absatz 2:

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen in Folge des G-BA-Beschlusses vom 16. Juli 2020 künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert sind.

Zu Absatz 4:

Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben, da die Regelungen in Folge des G-BA-Beschlusses vom 16. Juli 2020 künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zeitgleich mit den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll dem G-BA die Bundesauswertung mit identischen Inhalten zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der Verweis in Satz 1 wird präzisiert.

Zu § 19 Übergangsregelung

Zu Absatz 3:

Um das Verfahren begleiten und weiterentwickeln zu können, setzt das IQTIG übergangsweise, bis zur Aufstellung des Expertengremiums „QS NET“, ein Expertengremium auf Basis der Bundesfachgruppe „Nieren-und Pankreastransplantation“ ein. Hierzu wird diese Bundesfachgruppe mit gleicher Anzahl an Nephrologen aus dem vertragsärztlichen Bereich paritätisch vervollständigt, um neben der Expertise in der Transplantation auch über Expertise

in der Dialyse zu verfügen. Diese Regelung tritt nicht erst mit den Erfassungsjahr 2021, sondern mit Beschlussfassung in Kraft.

Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)

siehe Erläuterungen des IQTIG zur Indikatorenliste des Erfassungsjahres 2021 im QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (Stand: 2. März 2020) (Anlage 3)

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2020 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2021 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

Zur Tabelle Buchstabe a Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse:

Seit September 2019 sind methodische und fachliche Probleme bekannt, die den Exportfeldern 27, 30, 54, 71, und 101 zu Grunde liegen. Eine Anpassung für das Erfassungsjahr 2020 war dem IQTIG nicht möglich. Exportfelder, die aufgrund von methodischen Unklarheiten als „Kann-Felder“, undefinierte Felder oder Felder mit der Antwortoption „nicht erhoben“ geführt werden, liefern jedoch keine oder nur unzuverlässigen Daten, die nicht für eine Risikoadjustierung, eine Indikatorberechnung oder eine Weiterentwicklung von Datenfeldern genutzt werden können. Vielmehr würde eine solche, unnütze Datensammlung dem Gebot der Datensparsamkeit und der angestrebten Akzeptanzförderung bei den Leistungserbringern der QS NET widersprechen. Die Überarbeitung der Datenfelder ist mit Unterstützung eines Expertengremiums seitens des IQTIGs geplant, wird allerdings nicht vor Veröffentlichung der Spezifikation 2021 erfolgen können. Bis diese Überarbeitung erfolgt ist, werden die Datenfelder gestrichen, um eine fehlerhafte Erhebung ohne klare Zweckbindung für ein zweites Erfassungsjahr in Folge zu vermeiden. Wenn die zugrundeliegende Spezifikation, wie vom IQTIG angestrebt, mit Unterstützung des Expertengremiums überarbeitet sein wird und diese Exportfelder dann tatsächlich Daten liefern werden, die zu einer Risikoadjustierung, einer Indikatorberechnung oder Weiterentwicklung geeignet sind, werden diese Felder wiederaufgenommen werden.

Hierbei handelt es sich im Einzelnen um:

Datenfeld 27: diesem Datenfeld liegt der in Deutschland weitestgehend unbekannt und unübliche ERA-EDTA-Kodiersatz zu Grunde, der nur in englischer Sprache vorliegt. Für das EJ 2020 wird dieses Datenfeld als sog. „Kann-Feld“ erhoben, d.h. es kann unbeantwortet/leer bleiben. Eine regelhafte Nutzung des Datenfeldes für eine Indikatorberechnung oder Risikoadjustierung ist somit ausgeschlossen. Bis zur Übersetzung des Codes auf Deutsch (ICD-10) ist das Datenfeld zu streichen.

Datenfeld 30: das Datenfeld stützt sich auf die veralteten Kriterien der ISPD 2010, soll jedoch auf Basis der ISPD 2016 aktualisiert werden. Da jedoch die weitere Datenerhebung auf Basis veralteter Kriterien für die Indikatorberechnung ungeeignet und nicht förderlich für die Akzeptanz des Verfahrens wäre, wird dieses Datenfeld bis zur erfolgten Aktualisierung gestrichen.

Datenfeld 54: der Begriff „Nachtdialyse“ ist umgangssprachlich und nicht definiert. Ein Feld, das jedoch nicht von allen Leistungserbringern gleich und richtig verstanden wird, ist zur Berechnung eines Indikators ungeeignet und wird bis zur Erarbeitung einer eindeutigen Definition gestrichen.

Datenfeld 71: die Klärung der Relevanz von HIV als relevante Komorbidität für Dialysepatienten steht noch aus und ist umstritten. Aus diesem Grund wurde für dieses Datenfeld die Antwortkategorie „nicht erhoben“ eingeführt. Auf dieser Basis ist das Datenfeld jedoch für eine Risikoadjustierung ungeeignet und wird bis zur Klärung der Relevanz gestrichen.

Datenfeld 101: diesem Datenfeld liegt der in Deutschland weitestgehend unbekannt und unübliche ERA-EDTA-Kodiersatz zu Grunde, der nur in englischer Sprache vorliegt. Für das EJ 2020 wird dieses Datenfeld als sog. „Kann-Feld“ erhoben, d.h. es kann unbeantwortet/leer bleiben. Eine regelhafte Nutzung des Datenfeldes für eine Indikatorberechnung oder Risikoadjustierung ist somit ausgeschlossen. Bis zur Übersetzung des Codes auf Deutsch (ICD-10) ist das Datenfeld zu streichen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 62.637 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten infolge der Änderungen in den Ausfüllhinweisen in Höhe von geschätzt 158.493 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 17. Dezember 2019 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Dezember 2019	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
10. März 2020	AG-Sitzung	Abschließende Beratung
1. April 2020	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
19. Mai 2020	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
3. Juni 2020	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
16. Juli 2020	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1, 2 und 4 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der

DeQS-RL Teil 2 Verfahren 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. April 2020 wurden die Stellungnahmeverfahren am 7. April 2020 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 5. Mai 2020.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat innerhalb der Stellungnahmefrist keine Stellungnahme abgegeben.

Das Robert Koch-Institut hat innerhalb der Stellungnahmefrist keine Stellungnahme abgegeben.

Die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 19. Mai 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 3. Juni 2020 durchgeführt.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2020 beschlossen, die DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1, 2 und 4 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1, 2 und 4 sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: IQTIG-Erläuterungen zu Änderungen der Indikatorenlisten QS NET (Stand: 02.03.2020)

Berlin, den 16. Juli 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung der Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI) und Verfahren 4 (QS NET) für das Erfassungsjahr 2021

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehende sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI), Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) aktualisiert.

Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten ambulanten Einrichtungen und Krankenhausstandorte) dient der Qualitätsreport 2019 des IQTIG.

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

In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben

Die Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie die in den einzelnen Leistungsbereichen anfallende Fallzahlen, welche dem IQTIG Qualitätsreport 2019 entnommen sind, werden im Folgenden beschrieben. Aufgeführt sind jene Leistungsbereiche, deren Dokumentationsvorgaben eine Veränderung erfahren. Zudem werden lediglich die manuell zu dokumentierenden Datenfelder betrachtet. Aufgrund unterschiedlicher auf dem Markt befindlicher Softwarelösungen ist eine Unterscheidung in manuell einzugebende Bogenfelder einerseits sowie bereits für andere Zwecke ins Krankenhausinformationssystem eingegebene und daher für die QS automatisch befüllbare Bogenfelder andererseits nicht in allen Fällen trennscharf zu treffen. Bei der Entwicklung und Weiterentwicklung der Dokumentationsbögen wird zudem regelhaft geprüft, inwiefern die Möglichkeit zur automatischen Ausleitung von Daten aus dem Krankenhausinformationssystem besteht, um die Dokumentationsvorgänge möglichst anwenderfreundlich zu gestalten. Je nach Umfang der Nutzung dieser Möglichkeiten können die Aufwände insofern in der Praxis variieren.

Als Datenfelder, welche regelhaft automatisch ausgefüllt werden (durch Ausleitung der Daten aus dem Krankenhausinformationssystem-KIS) und somit nicht in der nachstehenden Zählung enthalten sind, wurden solche Datenfelder gezählt, die zu Abrechnungszwecken bzw. zur DRG-Weiterentwicklung an die gesetzlichen Krankenkassen (gemäß § 301 SGB V) bzw. das InEK (gemäß § 21 KHEntG) übermittelt werden. Neben der Versichertennummer sind dies beispielsweise Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahmedatum, OP-Datum, Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Haupt- und Sekundär Diagnosen (ICD-Kodes), Entlassungsdatum.

Darüber hinaus wird der Zeitaufwand, der für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes notwendig ist, im Schnitt auf 0,3 Minuten¹ geschätzt. Entsprechend der komplexen Tätigkeit, die die Recherche in der Patientenakte einbezieht und ärztlichen und pflegerischen Sachverstand verlangt, wird ein hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) vorausgesetzt. Hieraus ergeben sich im Durchschnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 0,2665 Euro.

Anhand der modulspezifischen Empfehlungen für die jeweiligen Leistungsbereiche in den „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL“ in den Erläuterungen und Dokumenten des IQTIG vom 10.08.2020 und den „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Patientenbefragung im Rahmen des QS-Verfahrens „PCI und Koronarangiographie“ nach DeQS-RL“ des IQTIG vom 20.02.2020 lassen sich für die im Folgenden gelisteten QS-Verfahren die Änderungen in den Dokumentationsvorgaben feststellen:

1.1 QS-Verfahren WI

Entsprechend der Empfehlungen des IQTIG ist festzustellen, dass sich im Rahmen des QS-Verfahrens WI hinsichtlich der fallbezogenen QS-Dokumentation (NWIF) keine Änderungen in den Dokumentationsvorgaben für die Leistungserbringer ergeben.

1.2 QS-Verfahren PCI

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen QS-Dokumentation im QS-Verfahren PCI erweitern sich die Dokumentationsvorgaben für die Leistungserbringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zum QS-Verfahren PCI sehen vor, dass ein manuell zu dokumentierendes Datenfeld (Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms) neu aufgenommen wird.

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von 770.031 im Rahmen des QS-Verfahrens PCI dokumentierten Eingriffe² ergibt sich eine Zunahme der jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringer um 205.213 Euro (1 x 0,2665 Euro x 770.031).

1.3 QS-Verfahren NET

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen Dialysedokumentation im Rahmen des QS-Verfahrens NET reduzieren sich für dieses QS-Verfahren die Dokumentationsvorgaben der Leistungserbringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zur Dialyse im Rahmen des QS-Verfahrens QS NET sehen vor, dass

- a) ein manuell zu dokumentierendes Datenfeld (Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation) neu aufgenommen wird; dieses Feld ist künftig jährlich bei jeder Evaluation zur Transplantation auszufüllen und
- b) fünf bereits vorhandene Bogenfelder (renale Grunderkrankung, mechanische Komplikation/Infektion/sonstige Komplikation, Nachtdialyse, HIV-Infektion, Todesursache) gelöscht werden.

¹ Quelle: Ergebnisse der Messung des zeitlichen Aufwands für das Ausfüllen der Erhebungsbögen „Koronarangiographie“ und „PCI“, IGES-Gutachten Machbarkeitsanalyse zur Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

² Quelle: IQTIG Qualitätsreport 2019, Auswertung der Qualitätssicherungsverfahren, Kardiologie und Herzchirurgie, Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (sektorenübergreifend), S. 65

Zu a)

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von 15.900 Dialysepatientinnen und -patienten im vertragsärztlichen Bereich, bei denen eine Evaluation bezüglich einer möglichen Nierentransplantation stattfindet, ergeben sich für Vertragsärztinnen und -ärzte jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 4.237 Euro ($1 \times 0,2665 \text{ Euro} \times 15.900$).

Laut Daten des Statistischen Bundesamtes sind im Berichtsjahr 2018 bundesweit etwa 148.880 Dialysen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung durchgeführt worden. Diese verteilen sich auf etwa 15.000 Patientinnen und Patienten. Geht man davon aus, dass bei etwa 15 % bzw. 2.250 Patientinnen und Patienten eine Evaluation bezüglich einer möglichen Nierentransplantation stattfindet, entstehen den Krankenhäusern jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 600 Euro ($1 \times 0,2665 \text{ Euro} \times 2.250$).

Insgesamt entstehen aus der Erweiterung der Dokumentationsvorgaben um das Datenfeld „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 4.837 Euro ($1 \times 0,2665 \text{ Euro} \times 18.150$).

Zu b)

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von etwa 92.000 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung³ und etwa 15.000 im Rahmen der stationären Versorgung behandelter Dialysepatientinnen und -patienten ergibt sich aufgrund des Wegfalls der fünf Datenfelder eine Reduktion der jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringer um 142.576 Euro ($5 \times 0,2665 \text{ Euro} \times 107.000$). Davon entfallen rund 122.589 Euro ($5 \times 0,2665 \times 92.000$) auf die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und rund 19.987 Euro ($5 \times 0,2665 \times 15.000$) auf die Leistungserbringer im stationären Sektor.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich aufgrund der Änderungen in der fallbezogenen Dialysedokumentation im Rahmen des QS-Verfahren NET die jährlichen Bürokratiekosten um 137.739 Euro reduzieren. Davon entfallen 118.352 Euro auf die Leistungserbringer im vertragsärztlichen Sektor und 19.387 Euro auf die stationären Leistungserbringer.

2. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

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

Tabelle 1: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

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

Die nachstehende Tabelle 3 liefert eine Übersicht über die Leistungsbereiche, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die je Leistungsbereich betroffenen Einrichtungen gemäß IQTIG Qualitätsreport 2019 dargestellt.

³ IQTIG Jahresbericht 2018 zur Qualität in der Dialyse, 10.07.2019, S. 15

Tabelle 2: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

Leistungsbereich	Adressierte Einrichtungen (geschätzt)		Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je Einrichtung in h
	ambulant	stationär	
QS PCI			
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI	319	1.065	1.107,2
QS WI			
Fallbezogene QS-Dokumentation NWIF		1.200	960
QS NET			
Fallbezogene QS-Dokumentation Dialyse	730	327	845,6
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)		38	30,4
Follow-up Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTXFU)		38	30,4
Gesamt	Einrichtungen:	1.049	2.268
	Zeitlicher Aufwand in h:	839,2	2.134,4
			2.973,6

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von 2.973,6 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 158.493 Euro (53,30 Euro x 2.973,6 h). Hiervon entfallen 44.729 Euro (53,30 Euro/h x 839,2 h) auf ambulant tätige Leistungserbringer und 113.764 Euro (53,30 Euro/h x 2.134,4 h) auf stationäre Leistungserbringer.

3. Zusammenfassung

Insgesamt ergeben sich aus den Änderungen in den Dokumentationsvorgaben jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 62.637 Euro (205.213 Euro – 142.576 Euro) und es entstehen infolge der Änderungen in den Ausfüllhinweisen einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 158.493 Euro.

Tabelle 3: Zusammenfassende Übersicht

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben QS PCI	205.213 Euro	
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben QS NET	- 142.576 Euro	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		158.493 Euro

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderung der Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI) und Verfahren 4 (QS NET) für das Erfassungsjahr 2021

Stand: nach UA QS vom 01.04.2020

Hinweis:

Dissente Punkte sind **gelb markiert**.

Grau markiert: Anpassungen erforderlich

Vom 16. Juli 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2020 beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V), wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie wird wie folgt geändert:
 1. Im Titel wird die Angabe „(PCI)“ gestrichen und nach dem Wort „Koronarangiographie“ die Angabe „(QS PCI)“ angefügt.
 2. In § 1 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „(PCI)“ gestrichen.
 3. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „Insbesondere ist die“ durch das Wort „Die“ ersetzt, vor dem Wort „Leistungserbringer“ werden die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt und nach dem Wort „sind,“ wird das Wort „ist“ eingefügt.
 - b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Eingriffsdatum“ durch die Wörter „Datum des Indexeingriffs“ und das Wort „Eingriff“ wird durch das Wort „Indexeingriff“ ersetzt.
 - c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
In Satz 3 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2024 außer Kraft zu setzen ist“ eingefügt.	[Keine Übernahme]

bb)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
Satz 4 wird aufgehoben.	[Keine Übernahme]

4. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 und Satz 4 werden jeweils vor dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 wird das Wort „Sozial Gesetzbuch“ durch die Wörter „Bundes Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „erhebenden“ durch das Wort „verarbeitenden“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „erhoben,“ und „und genutzt“ gestrichen.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden vor dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Änderung“ die Wörter „spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres“ eingefügt.
 - cc) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Sie werden“ die Wörter „nach Beschlussfassung“ eingefügt und die Wörter „öffentlich zugänglich gemacht und durch das“ werden durch die Wörter „unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom“ ersetzt.
6. In § 6 werden die Wörter „erhoben,“ und „und genutzt“ gestrichen.
7. § 8 wird aufgehoben.
8. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 Buchstabe a werden vor dem Wort „beim“ die Wörter „bei Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „§ 8“ durch die Wörter „Teil 1 § 14a der Richtlinie“ ersetzt.
 - c) In Satz 4 werden vor dem Wort „Leistungserbringer“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
9. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach den Wörtern „Rückmeldeberichte für die“ werden die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
 - bb) In Buchstabe e werden nach dem Wort „je“ die Wörter „Leistungserbringerin und“ eingefügt.

- cc) Buchstabe h wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach dem Wort „tätige“ werden die Wörter „Belegärztinnen und“ eingefügt.
 - bbb) In Satz 2 werden nach dem Wort „durch“ die Wörter „die Vertragsärztin oder“ und nach dem Wort „zwischen“ die Wörter „Belegärztin oder“ eingefügt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Daten“ durch die Wörter „Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a**“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie enthalten zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß **Anlage II Buchstabe c**.“
 - c) Absatz 4 wird aufgehoben.
10. In § 11 Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „je“ die Wörter „Leistungserbringerin und“ eingefügt.
11. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 1 bis 4 werden aufgehoben.
 - b) Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden die Absätze 1 und 2.
12. § 14 wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
 - b) Der bisherige Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Absatzbezeichnung „(3)“ wird gestrichen.

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
bb) Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgenden Satz ersetzt: „Die Fachkommissionen bestehen aus <ul style="list-style-type: none"> a) mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzten mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist, davon eine Kardiologin oder ein Kardiologe aus zugelassenen Krankenhäusern b) mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist, davon eine Kardiologin oder ein Kardiologe aus der vertragsärztlichen Versorgung c) mindestens einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen aus zugelassenen Krankenhäusern d) einer Ärztin oder einem Arzt mit der Facharztbezeichnung 	bb) In Satz 1, 2 und 4 wird jeweils das Wort „mindestens“ gestrichen. cc) Satz 3 wird aufgehoben.

Innere Medizin und Kardiologie (Vorschlag durch die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen).“	
--	--

- c) Nach dem neuen Satz 1 [GKV-SV/PatV] / Satz 3 [DKG/KBV] wird folgender Satz eingefügt:

„Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen.“

- d) Im neuen Satz 4 [GKV-SV/PatV] / Satz 6 [DKG/KBV] wird die Angabe „§ 5 Absatz 5 Satz 10“ durch die Angabe „§ 8a Absatz 4“ ersetzt.

e)

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
Der bisherige Satz 8 wird gestrichen.	[Keine Übernahme]

- f) Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben.

13. § 16 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach dem Wort „Die“ werden die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.

bbb) Nach dem Wort „Daten“ werden die Wörter „gemäß **Anlage II Buchstabe a**“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.

cc) In Satz 6 werden nach den Wörtern „Datenannahmestellen für“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ und nach dem Wort „pro“ die Wörter „Leistungserbringerin oder“ eingefügt.

- b) In Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Daten“ die Wörter „gemäß **Anlage II Buchstabe c**“ eingefügt.

- c) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Anlage II“ die Angabe „**Buchstabe b**“ eingefügt.

14. § 17 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Das Wort „und“ wird durch ein Komma ersetzt.

- b) Vor dem Wort „Leistungserbringer“ werden die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.

- c) Nach dem Wort „Rückmeldeberichte“ werden die Wörter „und dem G-BA die Bundesauswertung“ eingefügt.

15. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

- b) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2019“ werden die Wörter „und 2020“ eingefügt.

- c) In Satz 4 werden die Wörter „das erste Erfassungsjahr“ durch die Wörter „die ersten zwölf Monate“ ersetzt.

16. In § 19 Absatz 8 Satz 3 werden nach dem Wort „beginnt“ die Wörter „am 1. Juli 2021“ und nach der Angabe „§ 5 Absatz 1“ die Wörter „für Indexeingriffe mit Behandlungsdatum (ambulant) bzw. Aufnahmedatum (stationär) ab dem 1. Juli 2021“ eingefügt.

17. Anlage I und Anlage II werden 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 den Anteil 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
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an 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
3	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Indikator-ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil 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 wurden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit
Indikatortyp	Prozessindikator
4	„Door“-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Indikator-ID	56004
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an 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
5	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²
Indikator-ID	56005

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy*cm ² an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²
Indikator-ID	56006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy*cm ² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²
Indikator-ID	56007
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy*cm ² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
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
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Indikator-ID	56009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Indikator-ID	56010
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Indikator-ID	56011
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI, bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator

12	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
Indikator-ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil therapiebedürftiger (Thrombininjektion, Transfusion oder chirurgische Intervention) Blutungen sowie anderer punktionsnaher Komplikationen (Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium) bis zum einschließlich 7. postprozeduralen Tag nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI.
Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	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 häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikator-ID	56016
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Indikator-ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil 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	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
Indikator-ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil 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	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
17	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Indikator-ID	56022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil 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	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI
Indikator-ID	56024
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag nach PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI
Indikator-ID	56026
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 365. postprozeduralen Tag nach PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
20	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
Indikator-ID	56100
Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
21	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie
Indikator-ID	56101
Beschreibung	Der Indikator misst, ob die Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird, ob

Qualitätsziel	<p>vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.</p> <p>Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Operation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann. Der Indikatorwert soll hoch sein.</p>
Indikator-ID	56102
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten nach einer elektiven Koronarangiografie bzw. PCI (isoliert, einzeitig) direkt bei Entlassung einen Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikator-ID	56103
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern die prozessbegleitende Koordination zwischen dem Pflege- und Assistenzpersonal widerspruchsfrei ablief und inwiefern es Patientinnen und Patienten ermöglicht wurde, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten mitzunehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikator-ID	56104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Indikatortyp	Prozessindikator
25	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
Indikator-ID	56105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
26	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
Indikator-ID	56106
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen aufgeklärt wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, aufgeklärt werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
27	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
Indikator-ID	56107
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation). Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
28	Entscheidungs-beteiligung der Patientinnen und Patienten
Indikator-ID	56108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie

	bzw. PCI das Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
29	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
Indikator-ID	56109
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten.
Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
30	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
Indikator-ID	56110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie z. B. durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
31	Patienteninformation nach der Prozedur
Indikator-ID	56111
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben worden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
32	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
Indikator-ID	56112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden.

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation). Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
33	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
Indikator-ID	56113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
34	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI
Indikator-ID	56114
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation bzw. ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
35	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
Indikator-ID	56115
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
36	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle
Indikator-ID	56116
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Indikatortyp	Ergebnisindikator
37	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur
Indikator-ID	56117
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
38	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI
Indikator-ID	56118
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

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

Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Es existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Informationen exportiert werden: Es handelt sich um die einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten. Diese Information verbleibt beim Leistungserbringer und dient der Identifikation der Fälle im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen.

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X
11	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	X		X	
12	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
13	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
15	Institutionskennzeichen	X			X
16	entlassender Standort	X	X	X	X

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

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „besondere Personengruppe“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

³ 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
17	behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)	X	X	X	
18	Fachabteilung	X		X	
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X	
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴	X	X	X	X
22	Geburtsjahr ⁵	X	X	X	X
23	Geschlecht	X	X	X	
24	Aufnahmedatum (stationär)	X	X		
25	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X	
26	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
27	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
28	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
29	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
30	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
31	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
32	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X		
33	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI		X	X	X
34	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X		
35	postprozedurale Transfusion		X	X	X
36	Datum der postprozeduralen Transfusion		X		
37	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
38	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X		
39	Entlassungsdatum	X			

⁴ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
40	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ⁶	X		X	
41	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
42	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
43	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
44	Versionsnummer [Prozedur]				X
45	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?			X	X
46	Datum der Prozedur	X	X		
47	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ⁷	X		X	X
48	akutes Koronarsyndrom		X	X	X
49	Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		X	X	
50	Angina pectoris		X	X	
51	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		X	X	
52	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
53	kardiogener Schock		X	X	
54	Art der Prozedur		X	X	X
55	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	
56	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
57	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X	X	
58	Dialysepflicht		X	X	
59	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
60	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
61	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
62	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	

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

⁷ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
63	intraprozedural auftretende Ereignisse			X	X
64	<ul style="list-style-type: none"> • koronarer Verschluss • TIA/Schlaganfall • Exitus im Herzkatheterlabor • sonstige 		X	X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X
66	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X
67	Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie]	X			X
68	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
69	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
70	Wieviele diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X
71	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
72	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ⁸	X		X	
73	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
74	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X
75	Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI]	X			X
76	Vorgangsnummer, GUID [PCI]	X			X
77	Versionsnummer [PCI]				X
78	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
79	Wieviele PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
80	Indikation zur PCI		X	X	X
81	Ist STEMI Hauptdiagnose?		X	X	X
82	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	
83	<ul style="list-style-type: none"> • PCI an Hauptstamm • PCI an LAD • PCI an RCX • PCI an RCA 		X	X	
84	PCI mit besonderen Merkmalen			X	X
85	<ul style="list-style-type: none"> • PCI am kompletten Gefäßverschluss • PCI eines Koronarbypasses • PCI am ungeschützten Hauptstamm • PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA • PCI am letzten verbliebenen Gefäß • PCI an einer In-Stent-Stenose • sonstige 		X	X	
86	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
87	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
88	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
89	Door-Zeitpunkt (Datum)		X		
90	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		
91	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X		
92	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		

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 Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfel-der für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden 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@aufngrund			X	
7	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X		
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	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	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	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.Prozedurenschlüssel@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) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
17	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
18	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X

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

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
19	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
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 ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
27	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X			
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
§ 295 (kollektivvertraglich)						
30	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
31	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
32	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	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	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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	
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	
§ 284 (Stammdaten)						
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.) ¹²	Stamm@versicherungsdatum				X
46	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§ 300 (Apotheken)						

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
47	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(300)@quelle				X
48	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X
49	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
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, Sonderkenn- zeichen oder Hilfsmittelnnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder			X	
53	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkenn- zeichen 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	
§ 295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁶	source(295s)@quelle				X
57	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X

¹³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

¹⁶ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
58	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸	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) ¹⁹	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 ²⁰	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
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			

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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
Administrative Daten						
70	IKNR der Krankenkasse ²¹	Admin@kasseiknr	X			X
71	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

²¹ Die IKNR der Krankenkasse wird durch die Datenannahmestelle der Krankenkassen pseudonymisiert. Die Bundesauswertestelle erhält keine IKNR der Krankenkasse, sondern ein Pseudonym.

c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3 *	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4 *	Versionsnummer [Basis]				X
5 **	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6 **	Modulbezeichnung				X
7 *	Teildatensatz oder Bogen				X
8 *	Dokumentationsabschlussdatum				X
9 **	Status des Leistungserbringers	X			X
10 **	Art der Leistungserbringung	X			X
11 *	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
12 *	GKV-Versichertenstatus ²	X			X
13 *	Titel				X
14 *	Vorsatzwort				X
15 *	Namenszusatz				X
16 *	Nachname				X
17 *	Vorname				X
18 *	Adresszusatz				X
19 *	Straße und Hausnummer				X
20 *	Postleitzahl				X
21 *	Wohnort				X
22 ***	Institutionskennzeichen	X			X
23 ***	behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)	X	X		
24 ***	Betriebsstättennummer ambulant	X	X		

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „besondere Personengruppe“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

28

Information zum Export:

** Dieses Datenfeld verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

*** Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

**** Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
25 ***	Nebenbetriebsstättennummer	X	X		
26 *	Geschlecht	X			X
27 *	Aufnahmedatum (stationär)	X			
28 *	Entlassungsdatum	X			
29 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
30 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
31 *	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
32 *	Versionsnummer [Prozedur]				X
33 *	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
34 *	Datum der Prozedur	X			X
35 **	Art der Prozedur		X		X
36 *	Gebührenordnungsposition (GOP)	X			
37 *	Dringlichkeit der Prozedur				X
38 *	Patient verstorben	X			
39 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X
40 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X
41 *	Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie]	X			X
42 *	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
43 *	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
44 *	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X

Information zum Export:

** Dieses Datenfeld verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

*** Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

**** Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
45 *	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie]	X			X
46 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X
47 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI]	X			X
48 *	Vorgangsnummer, GUID [PCI]	X			X
49 *	Versionsnummer [PCI]				X
50 *	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
51 *	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
52 *	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X			X

“

Information zum Export:

* Dieses Datenfeld verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

** Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

*** Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

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

1. Im Titel werden nach dem Wort „Wundinfektionen“ die Wörter „(QS WI)“ eingefügt.
2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 8“ durch die Wörter „Teil 1 § 14a der Richtlinie“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie“ ersetzt.
 - c) In Absatz 4 werden die Wörter „Insbesondere ist die“ durch das Wort „Die“ ersetzt und nach dem Wort „sind,“ wird das Wort „ist“ eingefügt.
 - d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - aa)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
In Satz 1 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist“ eingefügt.	<i>[Keine Übernahme]</i>

bb)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
Satz 2 wird aufgehoben.	<i>[Keine Übernahme]</i>

3. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe a Satz 4 werden die Wörter „Erhebung,“ und „und Nutzung“ gestrichen.
 - b) Buchstabe b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 werden die Wörter „erheben und zu übermitteln“ durch das Wort „verarbeiten“ ersetzt.
 - bb) In Satz 5 wird das Wort „erhoben,“ gestrichen und das Wort „Datenzusammenführung“ durch die Wörter „Verknüpfung von Daten“ ersetzt.
4. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „erhebenden“ durch das Wort „verarbeitenden“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „erhoben,“ und „und genutzt“ gestrichen.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 werden die Wörter „Spezifikationen müssen“ durch die Wörter „fallbezogene Spezifikation muss“ ersetzt und nach dem Wort „Änderung“ die Wörter „spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres“ eingefügt.
 - bb) Satz 4 wird aufgehoben.
 - cc) Der neue Satz 4 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres

beschlossen. Die Spezifikationen werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.“

- d) In Absatz 4 Satz 2 werden nach dem Wort „ermächtigter“ die Wörter „Ärztinnen und“ eingefügt.
5. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „erhoben,“ und „und genutzt“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „jeweils für“ die Wörter „Vertragsärztinnen und“ eingefügt.
6. § 8 wird wie folgt gefasst:
- „§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche
- Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie werden die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Indikatoren der **Anlage I Buchstabe b** bzw. deren Kennzahlen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen (Exportdatenfelder nach **Anlage II Buchstaben d und e**) sowie der einrichtungsbezogenen Spezifikation nach § 5 Absatz 2 im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen. Sie werden ebenso nach Beschlussfassung zusammen mit der einrichtungsbezogenen Spezifikation in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums, vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.“
7. In § 9 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 8“ durch die Wörter „Teil 1 § 14a der Richtlinie“ ersetzt.
8. § 10 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „sowie vierteljährliche Zwischenberichte“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Buchstabe f werden nach dem Wort „je“ die Wörter „Leistungserbringerin und“ eingefügt.
- bb) Buchstabe h wird wie folgt geändert:
- aaa) Im ersten Satz werden nach dem Wort „tätige“ die Wörter „Belegärztinnen und“ eingefügt.
- bbb) In Satz 2 werden nach den Wörtern „Krankenhäusern durch“ die Wörter „die Vertragsärztin oder“ und nach dem Wort „zwischen“ die Wörter „Belegärztin oder“ eingefügt.
- c) Die Absätze 3 und 4 werden aufgehoben.
9. In § 11 Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „je“ die Wörter „Leistungserbringerin und“ eingefügt.
10. § 12 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 1 und 2 werden aufgehoben.
- bb) In dem neuen Satz 1 werden jeweils vor dem Wort „Ärzten“ die Wörter „Ärztinnen und“ eingefügt.

cc) In dem neuen Satz 2 werden nach dem Wort „tätigen“ die Wörter „Belegärztinnen und“ und nach dem Wort „ermächtigten“ die Wörter „Ärztinnen und“ eingefügt.

dd) In dem neuen Satz 3 werden nach dem Wort „tätigen“ die Wörter „Belegärztinnen und“ und nach dem Wort „ermächtigten“ die Wörter „Ärztinnen und“ eingefügt.

b) Die Absätze 3 und 5 werden aufgehoben.

c) Die bisherigen Absätze 4 und 6 werden zu den Absätzen 3 und 4.

11. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.

b) In Absatz 3 wird die Absatzbezeichnung „(3)“ gestrichen und der Wortlaut wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
„Die Fachkommissionen bestehen aus	„Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind:
a) mindestens zwei operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 1 genannten Fachgebiete aus zugelassenen Krankenhäusern	a) zwei stationär operierende Ärztinnen und Ärzte aus einem der in § 1 Absatz 1 genannten Fachgebiete
b) mindestens zwei operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete aus der vertragsärztlichen Versorgung	b) zwei ambulant operierende Ärztinnen und Ärzte aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete (Krankenhaus/Vertragsarzt/MV Z)
c) einer Hygienikerin oder einem Hygieniker <u>oder</u> einer Hygienefachkraft aus dem Krankenhausbereich	c) eine Hygienikerin oder ein Hygieniker <u>und</u> eine Hygienefachkraft aus dem Krankenhausbereich
d) einer Hygienikerin oder einem Hygieniker oder einer Hygienefachkraft aus dem vertragsärztlichen Bereich	d) eine Hygienikerin oder ein Hygieniker oder eine Hygienefachkraft aus dem vertragsärztlichen Bereich
e) einer Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses	e) eine Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses
f) einer Kodierexpertin oder einem Kodierexperten für operative Fachgebiete	f) eine Kodierexpertin oder ein Kodierexperte für operative Fachgebiete
g) einer fachärztlichen Vertreterin oder einem fachärztlichen Vertreter aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete (Vorschlag durch die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen).“	g) eine fachärztliche Vertreterin oder ein fachärztlicher Vertreter der Krankenkassen aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete.“

- bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 5 Absatz 5 Satz 10“ durch die Angabe „§ 8a Absatz 4“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird aufgehoben.
- 12. In § 16 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 6 werden vor dem Wort „Leistungserbringer“ jeweils die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
 - b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Die“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ und nach den Wörtern „Datenannahmestellen für“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ eingefügt.
- 13. § 17 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Rückmeldeberichte“ werden die Wörter „und dem G-BA die Bundesauswertung“ eingefügt.
 - b) Satz 3 wird aufgehoben.
- 14. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
- 15. In § 19 Absatz 2 Buchstabe c werden nach dem Wort „z. B.“ die Wörter „Belegärztinnen und“ und nach dem Wort „ermächtigte“ die Wörter „Ärztinnen und“ eingefügt.
- 16. § 20 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird aufgehoben.
 - b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 1 und 2.
 - c) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 und Satz 2 werden vor dem Wort „Belegärzte“ jeweils die Wörter „Belegärztinnen und“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „wird“ die Wörter „der Belegärztin oder“ eingefügt.
- 17. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS WI)“

a) Indikatorenliste Wundinfektionen

1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1501

Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1502
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1503
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2501
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2502

Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen, nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2503
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen, nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2504
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2505
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

b) Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär)

1	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen
Indikator-ID	1000
Beschreibung	Der Indikator setzt sich aus neun Kennzahlen <ul style="list-style-type: none"> • "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe", • "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie", • "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff", • "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien",

Qualitätsziel	<ul style="list-style-type: none"> • "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes", • "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel", • " Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie", • "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion", • "Entwicklung eines Konzepts zum Überleitungsmanagement" <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements ambulant operierender Einrichtungen beziehen.</p>
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen
Indikator-ID	2000
Beschreibung	<p>Der Indikator setzt sich aus neun Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe", • "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie", • "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff", • "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien", • "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes", • "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel", • "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie", • "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion", • "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement" <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements stationär operierender Einrichtungen beziehen.</p>
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch das Erreichen der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator“

18. Anlage II wird wie folgt geändert:

- a) Im Titel der Anlage II wird die Angabe „(QS WI)“ angefügt.
- b) Nach der Überschrift „Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke“ werden folgende Sätze eingefügt:
 „Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Es existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Informationen exportiert werden: Es handelt

sich um die einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten. Diese Information verbleibt beim Leistungserbringer und dient der Identifikation der Fälle im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen.“

- c) Die Tabellen Buchstabe a bis Buchstabe c werden wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund		X	X	
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
10	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek	X	X	X	
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '**', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisation	X	X	X	
15	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	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.tag@datum	X	X	X	
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalls	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X	
§ 301 (AMBO)						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
24	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
25	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X		X	

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

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
26	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X		X	
27	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
28	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
30	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
31	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
32	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
33	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
34	Datum der Leistung (OP/Behandlung) ; falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X		X	
35	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
36	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
37	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		
§ 295 (kollektivvertraglich)						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
41	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
42	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart			X	
43	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X	X		

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
44	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X	
45	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
46	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '**', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
47	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung	X	X	X	
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X	
51	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X		
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
54	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
55	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
§ 295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(295s)@quelle				X
57	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X		X	
58	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X		X	
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
60	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
61	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X			

¹⁴ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
62	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
63	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
64	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X		X	
65	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X	X	
66	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X		X	
67	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
68	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd		X	X	
69	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
70	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
§ 284 (Stammdaten)						
71	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	

¹⁷ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
¹⁸ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

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

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

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

¹⁹ Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
¹ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X		X	
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund		X	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	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund		X	X	
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
10	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek	X	X	X	
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisation	X	X	X	
15	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	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.tag@datum	X	X	X	
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalls	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
24	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
25	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	

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

⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
26	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X		X	
27	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
28	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
30	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
31	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
32	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
33	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall- identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfeld er für die Basisaus- wertung	Technisch e und anwendu- ngsbezog- ene Gründe
34	Datum der Leistung (OP/Behandlung) ; falls nicht angegeben, ZUGANGSDATU M eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X		X	
35	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedu- renschlüssel@ops	X	X	X	
36	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisat- ion@lokalisierung	X	X	X	
37	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@d- atum	X	X		X
§ 295 (kollektivvertraglich)						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
39	Art der Identifikations- nummer des Leistungserbringer- s (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
41	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
42	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart		X	X	
43	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2) @fachgruppe	X			

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
44	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X	
45	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
46	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '**', '#', '!', ',-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
47	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung	X	X	X	
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit	X	X	X	
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X	
51	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X		
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
54	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
55	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
§ 295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(295s)@quelle				X
57	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X		X	
58	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X		X	
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
60	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
61	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X			

¹⁴ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
62	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
63	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
64	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X			
65	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X			
66	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X		X	
67	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
68	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd		X	X	
69	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
70	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
§ 284 (Stammdaten)						
71	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	

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

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

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

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

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X		X	X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort				X
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
15	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X		X	X
17	Geburtsjahr ⁶	X		X	
18	Geschlecht	X		X	
19	auslösende ICD-Kodes ⁷	X			
20	auslösende OPS-Kodes ⁸	X			
21	Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?	X	X	X	X
22	Datum der Diagnosstellung der postoperativen Wundinfektion	X	X		
23	Wundinfektionstiefe		X	X	

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

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

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
24	Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISS-Definitionen)?			X	
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			

“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Insbesondere ist eine“ durch das Wort „Die“ ersetzt und nach dem Wort „sind,“ wird das Wort „ist“ eingefügt.

b) In Absatz 6 Satz 3 werden nach den Wörtern „Bundesebene mit“ die Wörter „Vertreterinnen und“ eingefügt.

c) In Absatz 7 Satz 2 wird das Semikolon durch einen Punkt und in Satz 3 das Wort „Eingriff“ durch das Wort „Indexeingriff“ ersetzt.

d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
In Satz 3 werden nach dem Wort „Durchführung“ die Wörter „oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist“ eingefügt.	[Keine Übernahme]

bb)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
Satz 4 wird aufgehoben.	[Keine Übernahme]

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „erhebenden“ durch das Wort „verarbeitenden“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „erhoben,“ und „und genutzt“ gestrichen.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Änderung“ die Wörter „spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres“ eingefügt.

bb) In Satz 4 wird nach den Wörtern „Sie werden“ die Wörter „nach Beschlussfassung“ eingefügt und die Wörter „öffentlich zugänglich gemacht und durch das“ durch die Wörter „unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom“ ersetzt.

d) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „ET-Nummern“ durch das Wort „Eurotransplant-(ET) Nummern“ ersetzt.

3. In § 6 werden die Wörter „erhoben,“ und „und genutzt“ gestrichen.

4. § 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie enthalten die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für die in Anlage I aufgeführten Indikatoren auch die verfahrensspezifischen Kennzahlen für Dialysen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren und müssen zeitgleich mit den Änderungen der

themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen werden. Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren und Kennzahlen veröffentlicht.“

5. In § 9 Satz 1 wird die Angabe „§ 8“ durch die Wörter „Teil 1 § 14a der Richtlinie“ ersetzt.
6. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 3 wird das Wort „Daten“ durch die Wörter „Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstaben a und c**“ ersetzt.
 - b) Absatz 4 wird aufgehoben.
7. § 12 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absätze 3 und 7 werden aufgehoben.
 - b) Die bisherigen Absätze 4 bis 6 und die Absätze 8 und 9 werden zu den Absätzen 3 bis 7.
 - c) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 4“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 2 bis 6 werden aufgehoben.
 - d) Der neue Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „und 2“ durch die Angabe „bis 4“ und die Angabe „Absatz 4“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 3 bis 8 werden aufgehoben.
 - e) Im neuen Absatz 5 wird die Angabe „Nr.“ durch das Wort „Nummer“ ersetzt.
 - f) Der neue Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bei den Indikatoren zur Nierentransplantation 9 bis 13 (1, 2, 3, 5 Jahres-Überleben nach Transplantation, Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation) sowie den Indikatoren zur Pankreastransplantation 2 bis 7 (1, 2, 3 Jahres-Überleben nach Transplantation) ist die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zur Leistungserbringerin und zum Leistungserbringer zu berücksichtigen.“
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „der in Satz 1 genannten Tatbestände“ durch die Wörter „der Ergebnisqualität“ ersetzt.
8. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Absatzbezeichnung „(3)“ wird gestrichen.
 - bb)

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:	In Satz 1 werden nach dem Wort „Fachkommissionen“ die Wörter „für Dialyseeinrichtungen“ eingefügt.

<p>„Die Fachkommissionen für Dialyseeinrichtungen bestehen aus:</p> <p>a) drei Ärztinnen und Ärzten mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie aus der vertragsärztlichen Versorgung</p> <p>b) einer Ärztin oder einem Arzt mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie aus zugelassenen Krankenhäusern</p> <p>c) einer Ärztin oder einem Arzt mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie (Vorschlag durch die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen).“</p>	
--	--

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

dd)

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Alle stimmberechtigten Mitglieder“ werden durch die Wörter „Die oben genannten Vertreterinnen und Vertreter“ ersetzt.	[Keine Übernahme]

ee) Nach dem neuen Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Darüber hinaus sollte mindestens eine Chirurgin oder ein Chirurg, die oder der Nierentransplantationen durchführt, ein Mitberatungsrecht erhalten.“

ff) In Satz 6 werden die Wörter „§ 5 Absatz 5 Satz 10“ durch die Angabe „§ 8a Absatz 4“ ersetzt.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

9. § 14a wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.

b) Der bisherige Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Absatzbezeichnung „(3)“ wird gestrichen.

GKV-SV	DKG/KBV
bb) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Die Bundesfachkommission besteht aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, einer Vertreterin oder einem Vertreter der	[Keine Übernahme]

Vertragsärzte mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie“, sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen, die oder der eine Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Chirurgie oder Urologie besitzt.“	
--	--

GKV-SV	DKG/KBV
cc) In Satz 4 wird das Wort „stimmberechtigten Mitglieder“ durch die Wörter „oben genannten Vertreterinnen und Vertreter“ ersetzt.	[Keine Übernahme]

dd) In Satz 6 werden die Wörter „§ 5 Absatz 5 Satz 10“ durch die Angabe „§ 8a Absatz 4“ ersetzt.

- c) Absatz 4 wird aufgehoben.
- 10. In § 15 Absatz 2 Satz 1 werden vor das Wort „Vertreter“ jeweils die Wörter „Vertreterinnen und“ eingefügt.
- 11. In § 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 wird das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.
 - b) In Satz 6 werden nach den Wörtern „Datenannahmestellen für“ die Wörter „Leistungserbringerinnen und“ und nach dem Wort „pro“ die Wörter „Leistungserbringerin oder“ eingefügt.
- 12. In § 17 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Rückmeldeberichte“ werden die Wörter „und dem G-BA die Bundesauswertung“ eingefügt.
- 13. In § 18 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 4“ die Angabe „Satz 3“ eingefügt.
- 14.

DKG	GKV-SV/KBV
Anlage I wird wie folgt gefasst:	[keine Übernahme]

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)“

a) Indikatorenliste Dialyse

1	Aufklärung über Behandlungsoptionen
Indikator-ID	572001
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt

Indikator-ID	572002
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung
Indikator-ID	572003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Katheterzugang bei Hämodialyse
Indikator-ID	572004
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Dialysefrequenz pro Woche
Indikator-ID	572005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Dialysedauer pro Woche
Indikator-ID	572006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse
Indikator-ID	572009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Hämodialysepatientinnen und -patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind

Qualitätsziel	(Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften. Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen
Indikator-ID	572010
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlliste Dialyse

1	Ernährungsstatus
Kennzahl-ID	572007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
2	Anämiemanagement
Kennzahl-ID	572008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
3	1-Jahres-Überleben
Kennzahl-ID	572011
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
4	2-Jahres-Überleben
Kennzahl-ID	572012
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
5	3-Jahres-Überleben
Kennzahl -ID	572013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
6	5-Jahres-Überleben
Kennzahl -ID	572014
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
7	10-Jahres-Überleben
Kennzahl -ID	572015
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Nierentransplantation

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	572017
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer isolierten Nierentransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
2	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
Indikator-ID	572023
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatorartyp	Ergebnisindikator
3	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung

Indikator-ID	572022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Intra- oder postoperative Komplikationen
Indikator-ID	572016
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer isolierten Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
Indikator-ID	572025
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)
Indikator-ID	572024
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte nicht zu niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator

8	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte nicht zu hoch sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572018
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572019
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572020
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572021
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
Indikator-ID	572032
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation

Indikatortyp	Ergebnisindikator
--------------	-------------------

Kennzählliste Nierentransplantation

1	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
Kennzahl-ID	572026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere ein Jahr nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
2	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
Kennzahl-ID	572027
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere zwei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
Kennzahl -ID	572028
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere drei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
4	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
Kennzahl -ID	572029
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere fünf Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
5	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation
Kennzahl-ID	572033
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von zwei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl

6	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation
Kennzahl-ID	572034
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von drei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
7	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation
Kennzahl -ID	572035
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von fünf Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Pankreastransplantation

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	572036
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Pankreastransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572037
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer Pankreastransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	572038
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Pankreastransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572039

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer Pankreastransplantation leben
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	572040
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Pankreastransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	572041
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer Pankreastransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	572042
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Pankreastransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Qualität der Pankreastransplantatfunktion bei Entlassung
Indikator-ID	572043
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Entfernung des Pankreastransplantats
Indikator-ID	572047
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat entfernt wurde
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlliste Pankreastransplantation

1	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
Kennzahl-ID	572044
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas ein Jahr nach Transplantation.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
2	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
Kennzahl-ID	572045
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas zwei Jahre nach Transplantation.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
Kennzahl -ID	572046
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas drei Jahre nach Transplantation.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Kennzahltyp	Transparenzkennzahl

15. Anlage II wird wie folgt gefasst:

„Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Es existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Informationen exportiert werden: Es handelt sich um die einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten. Diese Information verbleibt beim Leistungserbringer und dient der Identifikation der Fälle im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen.

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	[Basis]				
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
12	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
14	Institutionskennzeichen	X			X
15	entlassender Standort	X	X	X	
16	behandelnder Standort	X	X	X	
17	Fachabteilung	X		X	
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
20	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X			X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵		X	X	X
22	Geburtsjahr ⁶	X	X	X	X
23	Geschlecht	X	X	X	
24	Therapiestatus			X	X
25	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	X	X	X	
26	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			X	X
27	renale Grunderkrankung		X	X	

Kommentiert [A1]: KBV: streichen GKV-SV, DKG, PatV: prüfen

1 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.
 2 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „besondere Personengruppe“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.
 3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.
 4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
 5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „erstes Aufnahmedatum im Quartal“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
 6 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
28	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X
29	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)		X	X	X
30	<ul style="list-style-type: none"> • mechanische Komplikation • Infektion • sonstige Komplikation 		X	X	
31	Datum der Referenzdialyse		X		
32	Serumalbumin		X		
33	Hämoglobin		X		
34	Ferritin		X		
35	Transferrin-Sättigung		X		
36	C-reaktives Protein		X		
37	Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)		X	X	X
38	verordnete Wochendosis		X	X	
39	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X
40	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
41	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	X		X	
42	Quartal des Entlassungstages ⁷	X		X	X
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
44	Vorgangsnummer, menschenlesbar [VD]	X			X
45	Vorgangsnummer, GUID [VD]	X			X
46	Versionsnummer [VD]				X
47	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
48	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X	
49	Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?			X	X
50	Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie		X	X	
51	Hämodialyse		X	X	
52	Peritonealdialyse		X	X	
53	Heimdialyse		X	X	
54	Nachdialyse		X	X	

Kommentiert [A2]: KBV: streichen
GKV-SV, DKG, PatV: prüfen

⁷ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
55	Nierentransplantation		X	X	X
56	Lebendorganspende		X	X	
57	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X
58	Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss der Evaluation zur Transplantation ⁸		X	X	
59	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X
60	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X	
61	Aufnahme auf die Warteliste		X	X	
62	Komorbiditäten		X	X	X
63	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X	
64	Herzinsuffizienz		X	X	
65	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X	
66	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X	
67	essentielle (primäre) Hypertonie		X	X	
68	Diabetes mellitus		X	X	
69	bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen		X	X	
70	Virushepatitis		X	X	
71	HIV-Infektion		X	X	
72	Malignom		X	X	
73	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X	
74	Demenz		X	X	
75	Depression		X	X	
76	andere Erkrankungen		X	X	X
77	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X
78	Datum Nierentransplantation		X		
79	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Dialyse]				X
80	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dialyse]	X			X
81	Vorgangsnummer, GUID [Dialyse]	X			X
82	Versionsnummer [Dialyse]				X
83	Wieviele Dialyse innerhalb dieses				X

Kommentiert [A3]: KBV: streichen
GKV-SV, DKG, PatV: prüfen

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“ und „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Behandlungsfalles?				
84	Dialyseverfahren		X	X	X
85	<ul style="list-style-type: none"> Prozedurenschlüssel Gebührenordnungsposition (GOP) 	X			
86	Dialysedatum	X	X		
87	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (Dialyse) ⁹		X	X	
88	Zugangsart		X	X	
89	effektive Dialysedauer		X	X	
90	Körpergewicht nach der Dialysebehandlung		X	X	
91	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Wesentliches Ereignis]				X
92	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wesentliches Ereignis]	X			X
93	Vorgangsnummer, GUID [Wesentliches Ereignis]	X			X
94	Versionsnummer [Wesentliches Ereignis]				X
95	Wieviertes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X
96	Art wesentliches Ereignis		X	X	X
97	Beginn wesentliches Ereignis		X	X	
98	Ende wesentliches Ereignis		X	X	
99	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X
100	Datum der Beendigung		X		
101	Todesursache		X	X	

Kommentiert [A4]: KBV: streichen GKV-SV, DKG, PatV: prüfen

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der	admin@kasseiknr				X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	Krankenkasse					
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
§284 (Stammdaten)						
3	Versichertennum- mer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
4	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
5	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
6	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
7	Stichtag des Versicherungsstat- us je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X
8	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§301 (Krankenhäuser)						
9	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X
10	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringe- rs (IKNR/BSNR) ³	cp_type(301.Entlassungsanzeige.F KT.IK des Absenders)@art				X
11	Bundesland aus	State_key(301.Entlassungsanzeige			X	X

¹ Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

² Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

³ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴	.FKT.IK des Absenders)@bundesland				
12	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
13	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahme grund@aufgrund			X	
14	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X		
15	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		
16	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁵	inpatient_interrupt(301.Entlassungs- anzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X	
18	Liste aller Fachabteilungen	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fach- abteilung@fachabteilung			X	

⁴ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.
⁵ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	des Krankenhausfalle s					
19	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verleg ung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelev ante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einzig er Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagno se zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Haup tdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
20	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagno sen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagno se geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Seku ndär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ sek	X	X	X	
21	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelev ante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einzig er Fachabteilung (siehe TA5 TZ	301.Entlassungsanzeige.NDG.Neb endiagnose.Diagnoseschlüssel@ic d	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern					
22	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	
23	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
24	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.tag@datum	X	X		
§295 (kollektivvertraglich)						
25	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁶	source(295k)@quelle				X
26	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁷	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
27	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁸	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X

⁶ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁷ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁸ Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X			
29	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X	
30	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart	X		X	
31	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X		
32	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X		
33	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '**', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X	
34	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
35	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	
36	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@datum	X			
37	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
§295 (selektivvertraglich)						
38	Angabe der	source(295s)@quelle				X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Quelle des Datensatzes					
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kregion			X	X
41	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
42	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.INF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme	X			X
43	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X			
44	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X			
45	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X	
46	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
47	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X		
48	Liste der Prozeduren eines	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Falles gemäß Spezifikation	schlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops				
49	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations schlüssel.7/7.2.3 OPS- Datum@datum	X	X		X

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X			X

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

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ 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.

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

⁴ Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵	X			X
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
16	Institutionskennzeichen	X			X
17	entlassender Standort	X	X	X	
18	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
19	Fachabteilung	X		X	
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X
21	Quartal des Aufnahmetages ⁶	X		X	X
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷		X	X	
23	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X
24	Geschlecht	X	X	X	
25	Körpergröße		X	X	
26	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
27	renale Grunderkrankung		X	X	
28	Diabetes mellitus		X	X	
29	Dauer des Diabetes		X	X	
30	Dialysetherapie			X	X
31	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)		X	X	
32	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X	
33	Blutgruppe des Empfängers		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
35	Patient bei Entlassung insulinfrei?		X	X	
36	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
37	Quartal des Entlassungstages ⁹	X			X
38	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁰	X	X	X	
39	Entlassungsgrund	X	X		X

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5)

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
40	Todesursache		X	X	
41	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
42	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
43	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
44	Versionsnummer [Transplantation]				X
45	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?				X
46	durchgeführte Transplantation		X	X	X
47	Einzel- oder Doppeltransplantation			X	X
48	Retransplantation Niere		X	X	X
49	Wievielte Nierentransplantation?		X	X	
50	Datum der letzten Nierentransplantation	X			
51	Spendertyp		X		X
52	Spenderalter		X	X	
53	Geschlecht des Spenders		X	X	
54	Blutgruppe des Spenders		X	X	
55	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 			X	
56	Todesursache		X	X	
57	OP-Datum	X	X		
58	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹	X	X	X	
59	Monat der Operation ¹²	X	X		
60	Operation ¹³	X		X	
61	Abbruch der Transplantation			X	X
62	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation		X	X	
63	kalte Ischämiezeit Niere		X	X	
64	kalte Ischämiezeit Pankreas		X	X	
65	funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung		X	X	X
66	postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats			X	X
67	Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme		X	X	
68	Dauer der postoperativen kontinuierlichen		X	X	

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Dialysen bis zur Funktionsaufnahme				
69	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X		
70	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Reoperation erforderlich • sonstige schwere Komplikation 		X	X	
71	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		X	X	
72	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats		X	X	
73	behandlungsbedürftige Abstoßung		X	X	X
74	Abstoßung durch Biopsie gesichert		X	X	

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X

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

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X
14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
16	Institutionskennzeichen	X			X
17	entlassender Standort	X	X	X	
18	Fachabteilung	X		X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
20	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
21	Geschlecht	X	X	X	
22	durchgeführte Transplantation			X	X
23	Datum der letzten Transplantation	X	X		
24	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁸	X	X		
25	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
26	Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation				X
27	Art der Follow-up-Erhebung		X	X	
28	Patient verstorben		X	X	X
29	Abstand zwischen Todesdatum und		X		

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5 und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

6 Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Datum der letzten Transplantation ⁹				
30	Monat des Todesdatums ¹⁰				X
31	Todesdatum		X		
32	Todesursache		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	
34	Transplantatversagen Niere		X	X	X
35	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹		X		X
36	Monat des Transplantatversagens ¹²				X
37	Datum Transplantatversagen Niere		X		
38	Ursache Transplantatversagen Niere		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l Kreatininwert i.S. unbekannt 		X		
40	behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung		X	X	X
41	Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert		X	X	
42	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?				X
43	Beginn der Insulintherapie		X	X	

e) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr				X

⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

¹¹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum Transplantatversagen Niere“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fizierung	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
§284 (Stammdaten)						
3	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
4	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
5	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
6	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
7	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X
8	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§301 (Krankenhäuser)						
9	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X
10	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
11	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X

¹ Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

² Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

³ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁴ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
13	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X	
14	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufdatum	X			
15	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@entdatum	X			
16	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund			X	
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁵	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
18	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
19	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	

⁵ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern					
20	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	
21	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	
22	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ',-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	bei einer der Diagnosen zutrifft					
23	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Opera- tion.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
24	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Opera- tionstag@datum	X	X		

“

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

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

Berlin, den 16. Juli 2020

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): Teil 2: Änderungen der Verfahren 1 (QS PCI), Verfahren 2 (QS WI) und Verfahren 4 (QS NET) für das Erfassungsjahr 2021

Stand: nach UA QS vom 01.04.2020

Legende:

Dissentente Punkte sind **gelb** markiert.

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

[Die Tragenden Gründe werden im Nachgang zur Plenumsitzung von der Vorsitzenden des Unterausschusses Qualitätssicherung in Abstimmung mit den Bänkesprechern finalisiert.]

Vom 16. Juli 2020

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
a).... Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI).....	2
b) Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI).....	7
c) Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	12
3. Bürokratiekostenermittlung	16
4. Verfahrensablauf	17
5. Fazit	18
6. Zusammenfassende Dokumentation.....	18

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Der § 136 SGB V stellt die Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V dar. Demnach bestimmt der G-BA unter anderem für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten durch Richtlinien die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 SGB V. Dabei sind die Anforderungen an die Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 SGB V in den verschiedenen Sektoren 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 QS-Verfahren vorgesehen, die die Grundlage für eine verbindliche Umsetzung des jeweiligen QS-Verfahrens schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

a) Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Bezeichnung des Verfahren

Die Bezeichnung des Verfahrens wird redaktionell angepasst.

Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

Zu Absatz 2:

Die Bezeichnung des Verfahrens wird redaktionell angepasst.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 6:

Sätze 3 und 4:

GKV-SV/PatV	KBV
Mit der geänderten Formulierung soll verhindert werden, dass allein aufgrund einer etwaigen Verzögerung der Beschlussfassung im G-BA das Verfahren außer Kraft tritt.	<i>[keine Übernahme]</i>

Zu § 3 Begründung der Vollerhebung

Zu Absatz 1:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zur Bezeichnung des Paragraphen:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den neuen Verarbeitungsbegriff der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Sätze 3 und 4

KBV

Die im Plenum am 19. Dezember 2019 beschlossene Richtlinienänderung in Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI) bezüglich der Festlegung zeitlicher Fristen für den Beschluss sowie die Veröffentlichung der Spezifikation durch das IQTIG wurde für alle DeQS-Verfahren einheitlich festgelegt. Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. die Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen und eine Verweisanpassung.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 3:

KBV mit Änd.-Vorschlägen GKV-SV

Die Zwischenberichte sollen ausschließlich auf Basis von Qualitätssicherungsdaten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation erstellt werden, um den Leistungserbringerinnen und

Leistungserbringern eine zeitnahe Rückmeldung über ihre aktuelle Datenvollständigkeit und frühzeitige Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Satz zwei wurde redaktionell angepasst, um zu verdeutlichen, dass in den Zwischenberichten zusätzlich Angaben zur Anzahl der übermittelten Datensätze aus Patientenbefragungen enthalten sind.

Zu Absatz 4:

DKG

Der bestehende Richtlinienentwurf wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 18 Absatz 6 der Richtlinie normiert wird.

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

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu den Absätzen 1 bis 4:

GKV-SV

Die Absätze 1 bis 4 (alt) wurden gestrichen, da die Regelungen zur Bewertung von Qualitätsergebnissen durch die Fachkommissionen, zu Stellungnahmeverfahren und zur Festlegung von QS-Maßnahmen in den Rahmenteil der DeQS-RL (§§ 14 und 17) verschoben wurden. Grund hierfür ist, dass die entsprechenden Regelungen nicht verfahrensspezifisch sind, sondern allgemeine Gültigkeit für alle QS-Verfahren der DeQS-RL haben sollen.

Zu § 14 Fachkommissionen

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 3 (alt)

Zu Satz 1:

KBV

Zu Satz 1, Satz 2 und Satz 4:

Vor der Aufzählung der stimmberechtigten Mitglieder der Fachkommission QS PCI wurde das Wort „mindestens“ gestrichen, um in allen Themenspezifischen Bestimmungen die gleichen Anforderungen zur Anzahl an ärztlichen Vertretern zu stellen sowie die Begrifflichkeiten zu vereinheitlichen. Die Klarstellung der Benennung von zwei stimmberechtigten ärztlichen Mitgliedern hat auch den Hintergrund, dass es in einigen LAGen zu Herausforderungen kam, die Fachkommissionen mit mehr als zwei Fachärzten zu besetzen.

Zu Satz 3:

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 2/4.

Zu Satz 5:

In dem bisherigen Satz 5 erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 2:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung zur Zusammenarbeit der LAGen und ihrer Fachkommissionen mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bereits von der Regelung in Teil 1 § 12 Absatz 2 der DeQS-RL mit umfasst ist.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1:

Es erfolgen eine Präzisierung in Bezug auf die zu übermittelnden Daten sowie redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 1a

Es erfolgt eine Präzisierung in Bezug auf die zu übermittelnden Daten.

Zu Absatz 2

Es erfolgt eine Präzisierung in Bezug auf die zu übermittelnden Daten.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

KBV

Zeitgleich mit den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll dem G-BA die Bundesauswertung mit identischen Inhalten zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

KBV

Da der G-BA bis zum 31. Dezember 2020 die noch ausstehenden Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze beschließt, werden für das Erfassungsjahr 2020 keine Vergütungsabschläge für eine Nicht-Dokumentation dokumentationspflichtiger Datensätze erhoben.

GKV-SV/KBV/PatV

Ergänzend zu den vorbestehenden Regelungen für die fallbezogene Datenerhebung der Leistungserbringer wird eine vergleichbare Regelung ab Beginn der Datenerhebung im Juli 2021 für das Instrument der Patientenbefragung aufgenommen. Bei erstmaliger Implementierung dieses Instrumentes im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung soll

für die beteiligten Vertragsärzte und -Ärztinnen sowie Krankenhäuser ein gesamtes Kalenderjahr ohne Sanktionen bei nicht gelieferten Datensätzen vorgesehen werden.

Sowohl die monatliche Lieferung der Daten für die Auslösung der Patientenbefragung stellt eine deutliche Abweichung zum bisherigen Vorgehen einer jährlichen/quartalsweisen Datenlieferung dar ebenso ist die Einbindung einer Versendestelle den Verfahrensablauf als wesentliche Änderung zu bewerten.

Aus der Erfahrung vorheriger Jahre hat sich ergeben, dass mindestens im ersten Erfassungsjahr nach Einführung eines neuen QS-Verfahrens, einer neuen Datenquelle oder Datenweges in der sektorenübergreifenden QS sehr häufig Korrekturen der IQTIG-Spezifikation, ergänzende Unterstützung der Softwareanbieter bei der Umsetzung der Spezifikation sowie Anpassungen in den technischen Verfahrensabläufen notwendig sind. Diese Probleme sind bis zur Klärung der Ursachen sowie Stabilisierung der Verfahrensabläufe nicht den beteiligten Vertragsärztinnen und Ärzten oder den beteiligten Krankenhäusern anzulasten.

GKV-SV

12 Monate werden als ausreichend betrachtet, um Probleme im Datenfluss zu analysieren und zu beheben.

Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

Zu Absatz 8

GKV-SV

Die Ergänzung stellt klar, welche Eingriffe für die Auslösung der Patientenbefragung einbezogen werden sollen. Übereinstimmend mit den Empfehlungen zur Spezifikation der Patientenbefragung werden hierbei im stationären Sektor das Aufnahmedatum und im ambulanten Sektor das Behandlungsdatum als maßgeblich festgelegt. Somit werden in beiden Sektoren nur Behandlungsfälle, die ab dem 1. Juli 2021 beginnen, einbezogen.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)

IQTIG-Vorschlag (Stand 02.03.2020)

Streichung von QI-ID 56002: Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI zum Erfassungsjahr 2021

Dieser Qualitätsindikator (QI) soll ausgesetzt werden, da mit dem Expertengremium konsentiert wurde, dass er zukünftig entfallen kann. Die Messung der Nierenfunktion gehört mittlerweile zum medizinischen Standard und die bisherigen Indikatorergebnisse weisen auf einen Deckeneffekt hin. In der Indikatorenliste (Februar 2019) für die Richtlinie zum Erfassungsjahr 2020 wurde dieser QI noch nicht gestrichen, da zum Zeitpunkt der Erstellung der QI-Liste die fachliche Beratung mit dem Expertengremium nicht abgeschlossen war. Dies erfolgte in der Frühjahrssitzung 2019 mit der Empfehlung, den QI zu streichen. Aufgrund von verfahrenstechnischen Vorgaben des G-BA konnte der Indikator für das Erfassungsjahr 2020 jedoch nicht mehr abgeschaltet werden. Dies erfolgt nun für das Erfassungsjahr 2021.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Die Änderungen in Anlage II basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2020 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 [*entspricht den Anlagen 3 und 4 des Schreibens zur Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren*]- Empfehlungen des IQTIG zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021) verwiesen.

b) Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zur Bezeichnung des Verfahrens

Die Bezeichnung des Verfahrens wird redaktionell angepasst.

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 1 und Absatz 3:

Es erfolgen redaktionelle Verweisanpassungen.

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 5:

GKV-SV/PatV	KBV
Mit der geänderten Formulierung soll verhindert werden, dass allein aufgrund einer etwaigen Verzögerung der Beschlussfassung im G-BA das Verfahren außer Kraft tritt.	<i>[Keine Übernahme]</i>

Zu § 3 Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrios „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt. Der Begriff „Datenzusammenführung“ wird durch den Ausdruck „Verknüpfung von Daten“ ersetzt.

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Bezeichnung des Paragraphen:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den neuen Verarbeitungsbegriff der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Absatz 1:

Die Begriffstrios „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

KBV
Im Verfahren QS WI gibt es aufgrund der zwei Abschnitte des komplexen Verfahrens auch zwei unterschiedliche Spezifikationen: Die fallbezogene Spezifikation, welche die

technischen Vorgaben zur Berechnung und Ermittlung von Wundinfektionsraten vorgibt, soll dem üblichen Rhythmus von Beschluss und Veröffentlichung zum 30. Juni jedes Jahres folgen. Der Beschluss und die Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Spezifikation folgt aufgrund seiner Besonderheit (retrospektive Datenerhebung nach dem Erfassungsjahr) einer neuen Zeitfrist, welche bereits im Plenum am 19. Dezember 2019 beschlossen wurde. Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. die Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten.

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu den Sätzen 1 und 2 (neu):

KBV

Die prospektiven Rechenregeln der Indikatoren bzw. deren Kennzahlen zur Berechnung des Hygiene- und Infektionsmanagements (Anlage I Buchstabe b) werden gemeinsam mit Änderungen der Richtlinie (insbesondere zu den Exportfeldern der Anlage II Buchstaben d und e) sowie den Änderungen der einrichtungsbezogenen Spezifikation vom G-BA im letzten Plenum des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres, spätestens jedoch zum 31. Dezember, beschlossen. Bei den Indikatoren (bzw. deren Kennzahlen) zur Berechnung des Hygiene- und Infektionsmanagements in einer Einrichtung wird ein abweichendes Beschlussdatum gewählt. Bei Verwendung der regulären Zeitfristen mit einer Veröffentlichung im Juni eines jeden Jahres liegen zwischen Beschluss- und Dokumentationszeitpunkt der Einrichtungsbefragung 1,5 Jahre, da die Befragung retrospektiv erst nach Abschluss eines Erfassungsjahres erfolgt. Erfahrungen des Erprobungszeitraumes haben gezeigt, dass so jährlich notwendige Korrekturen und Anpassungen aufgrund dieser Vorlaufzeit erst mit einer zeitlichen Verzögerung von mindestens 2 Jahren implementiert werden können. Daher wählte der G-BA den letztmöglichen Zeitpunkt vor Beginn des jeweiligen Erfassungsjahres, um auf möglichen Anpassungsbedarf reagieren und die Spezifikation sowie die Rechenregeln zeitnah anpassen zu können.

Im Verfahren QS WI sind insbesondere die Kennzahlen der Einrichtungsbefragung zeitgleich und vollständig mit den prospektiven Rechenregeln zu veröffentlichen, da die Indikatoren der Anlage I Buchstabe b) einen Index aus zwölf Kennzahlen bilden.

Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle beteiligten normensicher und transparent zu gestalten. Abweichungen

zwischen Exportdatenfelder und Indikatorliste der Richtlinie zu den Vorgaben der Spezifikationen oder den prospektiven Rechenregeln werden durch dieses Vorgehen möglichst vermieden.

Die prospektiven Rechenregeln müssen zum gleichen Zeitpunkt wie die Spezifikationen, spätestens 14 Tage nach dem jeweiligen G-BA Beschluss, durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht werden.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Zu Absatz 1:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3:

KBV

Die Zwischenberichte sollen ausschließlich auf Basis von Qualitätssicherungsdaten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation erstellt werden, um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine zeitnahe Rückmeldung über ihre aktuelle Datenvollständigkeit und frühzeitige Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Da für die Berechnung der Wundinfektionsrate im Verfahren QS WI die fallbezogene QS-Dokumentation mit Sozialdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen, verknüpft werden müssen, können aufgrund der langen Datenlieferfristen die Berechnungen zu den Wundinfektionen in Form eines Zwischenberichts frühestens nach einem Jahr an die Leistungserbringer zurück gespiegelt werden. Da der Zwischenbericht ursprünglich für eine zeitnahe Rückmeldung geplant war, entfällt dieser für das Verfahren QS WI. Eine kontinuierliche Rückspiegelung der Wundinfektionsrate erhalten die Leistungserbringer durch ihren jährlichen Rückmeldebericht zum 30. Juni.

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 4:

DKG

Der bestehende Richtlinienentwurf wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 18 Absatz 6 der Richtlinie normiert wird.

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

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu Absatz 1 Satz 1 und 2:

Die bisherigen Sätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen zur Bewertung von Qualitätsergebnissen durch die Fachkommissionen, zu Stellungnahmeverfahren und zur Festlegung von QS-Maßnahmen in Teil 1 der DeQS-RL (§§ 14a und 17) verschoben wurden. Grund hierfür ist, dass die entsprechenden Regelungen nicht verfahrensspezifisch sind, sondern allgemeine Gültigkeit für alle QS-Verfahren der DeQS-RL haben sollen.

In den bisherigen Sätzen 3 bis 5 werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Zu Absatz 3:

Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 17 der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 5 (alt):

Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 17 der DeQS-RL normiert wird.

Zu § 14 Fachkommissionen

Zu Absatz 1 und 2:

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 3 (alt):

Zu Satz 1:

KBV

In der Aufzählung der stimmberechtigten ärztlichen Mitglieder der Fachkommission QS WI wurde die Anzahl „zwei“ ergänzt, um in allen Themenspezifischen Bestimmungen die gleichen Anforderungen zur Anzahl an ärztlichen Vertretern zu stellen sowie die Begrifflichkeiten zu vereinheitlichen. Weiterhin wurde in den einzelnen Aufzählungen a) und b) der entsprechende Richtlinienverweis zur Klarstellung eingefügt.

Zu Satz 2:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 2:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung zur Zusammenarbeit der LAGen und ihrer Fachkommissionen mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bereits von der Regelung in Teil 1 § 12 Absatz 2 der DeQS-RL mit umfasst ist.

Zu § 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1 und 3:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

Zu Satz 1:

KBV

Zeitgleich mit den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll dem G-BA die Bundesauswertung mit identischen Inhalten zur Verfügung gestellt werden.

Zu § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

KBV

Da der G-BA bis zum 31. Dezember 2020 die noch ausstehenden Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze beschließt, werden für das Erfassungsjahr 2020 keine Vergütungsabschläge für eine nicht-Dokumentation dokumentationspflichtiger Datensätze erhoben.

Zu § 19 Begleitende Erprobung

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu § 20 Übergangsregelung

Zu Absatz 1:

Der bisherige Absatz 1 wird aufgehoben.

Zu Absatz 3 (alt):

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zur Anlage I: Indikatorenlisten (QS WI)

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung der Auflistung in Anlage I a) und Anlage I b), um die Indikatoren der beiden Abschnitte des Verfahrens übersichtlicher darzustellen und Verweise zu den entsprechenden Paragraphen in der Richtlinie zu ermöglichen. Weiterhin wurden aus Gründen der Transparenz die entsprechenden Kennzahlen aufgelistet, die in die Berechnung der Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement einfließen.

Zur Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Die Änderungen in Anlage II basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2020 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 [entspricht der Anlage 3 des Schreibens zur Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren]- Empfehlungen des IQTIG zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021) verwiesen.

c) Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 2 Eckpunkte

Zu Absatz 4:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

Zu Absatz 6:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 7:

AG bitte Begründung bzgl. „Indexeingriff“ einfügen

Zu Absatz 8:

Zu Satz 3 und 4

GKV-SV/PatV	KBV
Mit der geänderten Formulierung soll verhindert werden, dass allein aufgrund einer etwaigen Verzögerung der Beschlussfassung im G-BA das Verfahren außer Kraft tritt.	<i>[Keine Übernahme]</i>

Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

Zur Bezeichnung des Paragraphen:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den neuen Verarbeitungsbegriff der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Zu Absatz 1:

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu Absatz 2:

KBV
Die im Plenum am 19. Dezember 2019 beschlossene Richtlinienänderung in Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI) bezüglich der Festlegung zeitlicher Fristen für den Beschluss sowie die Veröffentlichung der Spezifikation durch das IQTIG wurde für alle DeQS-Verfahren einheitlich festgelegt. Die zeitgleiche Beratung sowie der gemeinsame Beschluss bzw. die Veröffentlichung von Richtlinienanpassung, Spezifikation und prospektiven Rechenregeln tragen dazu bei, das Verfahren für alle Beteiligten normensicher und transparent zu gestalten.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu § 6 Datenflussverfahren

Die Begriffstrias „erheben, verarbeiten, nutzen“ wird durch den in der DSGVO verwendeten Begriff „verarbeiten“ ersetzt.

Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Zu Absatz 1 (alt):

Der bisherige Absatz 1 wird aufgehoben, da diese Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 2 (alt):

Die bisherigen Sätze 1 bis 3 und Satz 5 werden aufgehoben, da diese Regelungen zu den Rechenregeln und Referenzbereichen künftig in Teil 1 § 14a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 1 (neu):

KBV

Im Verfahren QS NET sollen insbesondere die Kennzahlen für Dialysepatienten unter 18 Jahren zeitgleich und vollständig mit den prospektiven Rechenregeln veröffentlicht werden, da für Kinder und Jugendliche keine Indikatorergebnisse abgebildet werden und Einrichtungen üblicher Weise auf entweder auf pädiatrische Fälle oder Erwachsene als Dialysepatienten spezialisiert sind. Die zeitgleiche Veröffentlichung von Kennzahlen soll somit für solche Einrichtungen, die ausschließlich Patienten unter 18 Jahren dialysieren, ein geeignetes Instrument für das interne Qualitätsmanagement und Benchmarking der Einrichtung transparent darstellen.

Die prospektive Veröffentlichung dieser Kennzahlen ist nötig, da nach dem Grundsatz der Zweckbindung personenbezogene Daten nur für festgelegte und eindeutige Zwecke erhoben werden und nicht in einer mit diesen Zwecken nicht zu vereinbarenden Weise weiterverarbeitet werden dürfen. Die Zwecke müssen bereits zum Zeitpunkt der Erhebung der personenbezogenen Daten feststehen. Dies wird durch die prospektive Veröffentlichung der Kennzahlen sichergestellt.

Die prospektiven Rechenregeln müssen zum gleichen Zeitpunkt wie die Spezifikationen, spätestens 14 Tage nach dem jeweiligen G-BA Beschluss, durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht werden.

Zu § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

Zu Satz 1:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 3:

KBV

Die Zwischenberichte sollen ausschließlich auf Basis von Qualitätssicherungsdaten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation erstellt werden, um den Leistungserbringerinnen und

Leistungserbringern eine zeitnahe Rückmeldung über ihre aktuelle Datenvollständigkeit und frühzeitige Hinweise auf etwaige rechnerische Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Zu Absatz 4:

DKG

Der bestehende Richtlinien text wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 18 Absatz 6 der Richtlinie normiert wird.

Zu § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

Zu Absatz 3 (alt):

Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 17 der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 4 (alt):

Die bisherigen Sätze 2 bis 6 werden aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 17 der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 5 (alt):

Die bisherigen Sätze 3 bis 8 werden aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 17 der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 6 (alt):

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Absatz 7 (alt):

Der bisherige Absatz 7 wird aufgehoben, da die Regelung künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert wird.

Zu Absatz 8 (alt):

Zu Satz 1:

IQTIG

Die Auswertung des 1, 2, 3, 5 und 10 Jahres-Überleben nach Dialysebeginn erfolgt als Kennzahl. Da es darüber hinaus keine Follow-up-Indikatoren zur Dialyse gibt, trifft die hier beschriebene Einschränkung bei der Bewertung von Auffälligkeiten für keinen Indikator zur Dialyse zu. Entsprechend wird kein Indikator zur Dialyse aufgelistet.

§ 14 Fachkommissionen

Zu Absatz 1 und Absatz 2:

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 3:

Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4 und sprachlich angepasst.

Zu Satz 6:

Es erfolgt eine Verweisanpassung.

Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelungen zu den Aufgaben der Fachkommissionen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Satz 2:

Der bestehende Richtlinientext wird aufgehoben, da die Regelung zur Zusammenarbeit der LAGen und ihrer Fachkommissionen mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bereits von der Regelung in Teil 1 § 12 Absatz 2 der DeQS-RL mit umfasst ist.

Zu § 14a Bundesfachkommission

Zu Absatz 1 und Absatz 2:

Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu Absatz 4:

Der bisherige Absatz 4 wird aufgehoben, da die Regelungen künftig in Teil 1 § 8a der DeQS-RL normiert werden.

Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene

Zu Absatz 2:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

§ 16 Datenlieferfristen

Zu Absatz 1:

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen.

§ 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 1:

KBV

Zeitgleich mit den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll dem G-BA die Bundesauswertung mit identischen Inhalten zur Verfügung gestellt werden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)

siehe Erläuterungen des IQTIG zur Indikatorenliste des Erfassungsjahres 2021 im QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (Stand: 2. März 2020) (Anlage VI)

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Die Änderungen in **Anlage II** basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 16. Juli 2020 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 entspricht der Anlage 3 des Schreibens zur Aufforderung zum Stellungnahmeverfahren - Empfehlungen des IQTIG zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021) verwiesen.

KBV	GKV-SV/DKG
<p>Seit September 2019 sind methodische und fachliche Probleme bekannt, die den Exportdatenfeldern 27, 54, 71, und 101 zu Grunde liegen. Eine kurzfristige Anpassung für das Erfassungsjahr 2020 war zu dem Zeitpunkt nicht möglich. Die Überarbeitung der Datenfelder ist mit Unterstützung eines Expertengremiums seitens des IQTIGs geplant, wird allerdings nicht vor Veröffentlichung der Spezifikation 2021 erfolgen können. Bis diese Überarbeitung erfolgt ist, werden die Datenfelder gestrichen, um eine fehlerhafte Erhebung ohne klare Zweckbindung für ein zweites Erfassungsjahr in Folge zu vermeiden.</p> <p>Hierbei handelt es sich im Einzelnen um:</p> <p>Datenfeld 27: diesem Datenfeld ist der in Deutschland weitestgehend unbekannt und unübliche ERA-EDTA Kodiersatz hinterlegt, der nur in englischer Sprache vorliegt. Für das EJ 2020 wurde dieses Datenfeld als sog. „Kann-Feld“ erhoben, d.h. es kann unbeantwortet/leer bleiben. Eine regelhafte Nutzung des Datenfeldes für eine Indikatorberechnung oder Risikoadjustierung ist somit ausgeschlossen. Bis zur Übersetzung des Codes auf Deutsch ist der Datensatz zu streichen.</p> <p>Datenfeld 54: der Begriff „Nachtdialyse“ ist unklar und undefiniert. Sind hiermit auch Dialysen gemeint, die außerhalb der regelhaften Arbeitszeit stattfinden, bspw. „Spät-“ oder „Frühschichten“ ab 5:00h oder 17:00h? Bei fehlender Erläuterung ist eine Beantwortung der Frage den Leistungserbringern zurzeit nicht möglich.</p> <p>Datenfeld 71: Klärung der Relevanz steht aus</p> <p>Datenfeld 101: diesem Datenfeld ist der in Deutschland weitestgehend unbekannt und unübliche ERA-EDTA Kodiersatz hinterlegt, der nur in englischer Sprache vorliegt. Für das EJ 2020 wurde dieses Datenfeld als sog. „Kann-Feld“ erhoben, d.h. es kann unbeantwortet/leer bleiben. Eine regelhafte Nutzung des Datenfeldes für eine Indikatorberechnung oder Risikoadjustierung ist somit ausgeschlossen. Bis zur Übersetzung des Codes auf Deutsch ist der Datensatz zu streichen.</p>	<p><i>prüfen</i></p>

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 17. Dezember 2019 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
17. Dezember 2019	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
10. März 2020	AG-Sitzung	Abschließende Beratung
1. April 2020	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
3. Juni 2020	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme/n und ggf. Anhörung
16. Juli 2020	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1, 2 und 4 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Gemäß § 92 Absatz 7f SGB V wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Verfahren 2 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. April 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 7. April 2020 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage II**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 5. Mai 2020.

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

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage IV**).

Die eingereichten Stellungnahmen sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 3. Juni 2020 durchgeführt (**Anlage V**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut (RKI) wurden mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2020 beschlossen, die DeQS-RL Teil 2 Verfahren 1, 2 und 4 zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: An die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

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

Anlage IV: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Anlage VI: IQTIG-Erläuterungen zu Änderungen der Indikatorenlisten QS NET (Stand 02.03.2020)

Berlin, den 16. Juli 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Erläuterungen zur Indikatorenliste des Erfassungsjahres 2021 im QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen

Stand: 2. März 2020

Modul	QI-ID	QI-Bezeichnung	Änderung	Begründung
NET-DIAL	572007	Ernährungsstatus	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572008	Anämiemanagement	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572011	1-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572012	2-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572013	3-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.

NET-DIAL	570214	5-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572015	10-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-NTX	572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	gestrichen	Dieser QI wird durch 2 neue QIs ersetzt. Die neuen QIs lauten: <ul style="list-style-type: none"> - Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen - Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen Hintergrund für diese Änderung ist, dass der Referenzbereich für den bisherigen QI 572030 festgelegt ist als ≥ 10 . Perzentil bis ≤ 90 . Perzentil. Die Aufteilung des Referenzbereichs in 2 Bereiche lässt sich technisch allerdings nicht umsetzen, daher erfolgt die Trennung in 2 Indikatoren.
NET-NTX	Noch nicht festgelegt	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Neu eingefügt	Siehe Erläuterung zum gestrichenen QI 572030
NET-NTX	Noch nicht festgelegt	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Neu eingefügt	Siehe Erläuterung zum gestrichenen QI 572030
NET-NTX	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.

		Nierentrans- plantation		
NET- NTX	572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- PNTX	572044	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- PNTX	572045	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.

NET- PNTX	572046	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
--------------	--------	---	------------	---

Erläuterungen zur Indikatorenliste des Erfassungsjahres 2021 im QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen

Stand: 2. März 2020

Modul	QI-ID	QI-Bezeichnung	Änderung	Begründung
NET-DIAL	572007	Ernährungsstatus	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572008	Anämiemanagement	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572011	1-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572012	2-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572013	3-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.

NET-DIAL	570214	5-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-DIAL	572015	10-Jahres-Überleben	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET-NTX	572030	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen	gestrichen	Dieser QI wird durch 2 neue QIs ersetzt. Die neuen QIs lauten: <ul style="list-style-type: none"> - Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen - Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen Hintergrund für diese Änderung ist, dass der Referenzbereich für den bisherigen QI 572030 festgelegt ist als ≥ 10 . Perzentil bis ≤ 90 . Perzentil. Die Aufteilung des Referenzbereichs in 2 Bereiche lässt sich technisch allerdings nicht umsetzen, daher erfolgt die Trennung in 2 Indikatoren.
NET-NTX	Noch nicht festgelegt	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Neu eingefügt	Siehe Erläuterung zum gestrichenen QI 572030
NET-NTX	Noch nicht festgelegt	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	Neu eingefügt	Siehe Erläuterung zum gestrichenen QI 572030
NET-NTX	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.

		Nierentrans- plantation		
NET- NTX	572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- NTX	572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentrans- plantation	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- PNTX	572044	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
NET- PNTX	572045	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.

NET- PNTX	572046	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	gestrichen	Es handelt sich um eine Kennzahl, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wurde daher für 2021 aus der QI-Liste gestrichen.
--------------	--------	---	------------	---