

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-
Verfahren PCI, WI und NET

Vom 21. Juli 2022

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).....	2
	c) Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	3
3.	Bürokratiekostenermittlung	4
4.	Verfahrensablauf.....	4
5.	Fazit	5
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	5

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

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert. Gegenstand der Änderung sind im Wesentlichen Anpassungen in der jeweiligen Anlage I (Indikatorenlisten) und Anlage II der Verfahren 1 (QS PCI), 2 (QS WI) und 4 (QS NET).

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

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)

Bislang wurden die kontinuierlichen Zielgrößen der Indikatoren zum Dosis-Flächen-Produkt (DFP) bzw. der Kontrastmittelmenge (KMM) je anhand eines Schwellenwertes des Bundesamtes für Strahlenschutz auf Fallebene dichotomisiert und dann als auf Fallebene binäre Zielgröße mit den Ausprägungen „unterhalb des Schwellenwertes“ bzw. „oberhalb des Schwellenwertes“ ausgewertet. Diese Dichotomisierung hatte unerwünschte Konsequenzen, die mit der vorgenommenen Weiterentwicklung adressiert wurden. Zum einen führte sie zu einem Informationsverlust, da dadurch lediglich unterschieden wurde, ob ein beobachteter Wert unterhalb oder oberhalb des Schwellenwertes lag. Dies war insofern problematisch, als dass sowohl für das DFP als auch die KMM kein medizinisch begründeter Grenzwert existiert, ab dem die Dosis als (un)problematisch angesehen werden kann. Vielmehr ist es für Patientinnen und Patienten besser, je niedriger die Dosis ausfällt, weswegen auch das jeweilige Qualitätsziel beider Indikatorgruppen definiert ist als „Möglichst niedriges DFP“ bzw. „Möglichst geringe KMM“. Zum anderen führt bereits eine minimale Erhöhung bzw. Senkung eines Wertes nahe des Schwellenwertes dazu, dass der Wert in die andere Kategorie fällt.

Aufgrund der beschriebenen unerwünschten Konsequenzen der Dichotomisierung werden daher ab dem Erfassungsjahr 2023 die kontinuierlichen Zielgrößen direkt für die Berechnung der Indikatorergebnisse verwendet. Werden dabei keine patientenseitigen Risikofaktoren berücksichtigt (Indikatoren der Gruppe „KMM“), ergibt sich der Indikatorwert als Mittelwert der beobachteten KMM aller Fälle. Bei risikoadjustierten Indikatoren (Gruppe „DFP“) wird die kontinuierliche Zielgröße mit der basierend auf einem Risikoadjustierungsmodell ermittelten

erwarteten Zielgröße in Beziehung gesetzt (d. h. mit dem für diesen Fall erwarteten DFP). Dabei wird, im Gegensatz zu O/E-Indikatoren, der beobachtete Wert eines Falles zunächst mit dem für ihn erwarteten Wert in Beziehung gesetzt und anschließend über die Fälle summiert. Dies führt insbesondere dazu, dass ein Leistungserbringer die Überschreitung eines erwarteten DFP um x % für einen Fall durch die Unterschreitung des erwarteten DFP um x % für einen anderen Fall kompensieren können (relative Kompensation). Die quantitative Auffälligkeitseinstufung erfolgt anschließend auf Basis des Referenzbereichs und der Bewertungsart des Qualitätsindikators.

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 21. Juli 2022 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2023 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS WI)

Im Verfahren QS WI werden in der Indikatorenliste nunmehr auch Transparenzkennzahlen dargestellt.

Zu 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 21. Juli 2022 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2023 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS NET)

Für das Modul PNTX ersetzt ein neuer Indikator zum „unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren“ die bisherigen (1-,2- und 3-Jahres-Follow-up-) Worst-Case-Indikatoren. Im Modul NTX wird der Indikator zum „unbekannten Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren“ neu aufgenommen. Der neue Indikator betrachtet nun ausschließlich Patientinnen und Patienten bzw. Spenderinnen und Spender mit einem unbekanntem Status. Hierdurch wird vermieden, dass 2 unterschiedliche Qualitätsziele, wie in den Worst-Case-Indikatoren (Sterblichkeit und Nachsorgeprozess), in einem Indikator betrachtet werden.

Das Qualitätsziel der beiden Indikatoren 572100 „Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ sowie 572101 „Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen“ wurde konkretisiert und vereinheitlicht, da die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen weder zu hoch, noch zu niedrig sein sollte und um fehlerhafte Interpretationen bei der Darstellung von

gegensätzlichen Qualitätszielen zu eliminieren. Beide Qualitätsziele (sowohl eine zu hohe als auch zu niedrige Rate an Abstoßungen) können Hinweise auf ein Qualitätsdefizit in der immunsuppressiven Behandlung sein (Über- oder Unterdosierung von Immunsuppressiva).

Bei den Indikatoren 572003 „Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung“, 572004 "Katheterzugang bei Hämodialyse", 572005 „Dialysefrequenz pro Woche“ und 572006 „Dialysedauer pro Woche“ sowie der entsprechenden Kennzahlen zu Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren werden nach Beratungen mit dem Expertengremium auch Patientinnen und Patienten mit Hämofiltration und Hämodiafiltration in die Grundgesamtheit der Indikatoren eingeschlossen, da hier die gleichen Behandlungsstandards bzgl. Shuntversorgung, Dialysefrequenz und Dialysedauer relevant sind. Dies wurde entsprechend in der Beschreibung der Indikatoren ergänzt.

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 21. Juli 2022 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2023 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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 107.182 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 47.032 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 11. Februar 2022 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In zwei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
11. Februar 2022	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zu den Richtlinienänderungen
22. Februar 2022	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zu den Richtlinienänderungen
6. April 2022	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
1. Juni 2022	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
21. Juli 2022	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 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 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. April 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. April 2022 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 9. Mai 2022.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 5. Mai 2022 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut hat bis zum Ablauf der vierwöchigen Stellungnahmefrist am 9. Mai 2022 keine Stellungnahme abgegeben.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 beschlossen, die DeQS-RL Teil 2 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 sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Mitteilung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET

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

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für das bestehende sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) aktualisiert.

Zum Erfassungsjahr 2023 ergeben sich im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation und der Dokumentation für die Patientenbefragung und im Kontext des Qualitätssicherungsverfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) hinsichtlich der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation keine Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im Sinne von neuen und/oder gestrichenen Datenfelder für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Entsprechend der verfahrensspezifischen Festlegungen der zu verarbeitenden Daten sind die Leistungserbringer verpflichtet, die definierten Leistungsbereiche entsprechend den näheren Vorgaben in der Anlage II der Themenspezifischen Bestimmung zu dokumentieren.

Die Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie die in den einzelnen Leistungsbereichen anfallenden Fallzahlen, welche dem IQTIG Qualitätsreport 2020 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 KHEntgG) übermittelt werden. Neben der Versichertennummer sind dies beispielsweise Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahme datum, OP-Datum, Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Haupt- und Sekundär diagnosen (ICD-Kodes), Entlassungsdatum oder entlassender Standort.

Es muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei der manuellen Befüllung der Datenfelder um eine komplexe Tätigkeit einschließlich der Recherche in der Patientenakte handelt, die ärztlichen und pflegerischen Sachverstand verlangt und somit ein hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) voraussetzt. Der Zeitaufwand, der für das manuelle Befüllen eines Datenfeldes notwendig ist, wird im Schnitt auf 0,3 Minuten¹ geschätzt. Hieraus ergeben sich im Durchschnitt für die Dokumentation eines Datenfeldes Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 0,2665 Euro.

Aufgrund von Änderungen in der fallbezogenen Dialyседokumentation im Rahmen des QS-Verfahren NET erweitern sich für dieses QS-Verfahren die Dokumentationsvorgaben der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Die Änderungen im Dokumentationsbogen zur Dialyse im Rahmen des QS-Verfahrens QS NET sehen vor, dass vier manuell zu dokumentierende Datenfelder (*mechanische Komplikation, Infektion, sonstige Komplikation* und *HIV-Infektion*) neu aufgenommen werden; alle vier Datenfelder wurden durch Beschluss des G-BA für die Spezifikation zum Erfassungsjahr 2021 gestrichen (vgl. <https://www.g-ba.de/beschluesse/4412/>) und werden mit vorliegendem Beschluss wiederaufgenommen.

Unter Berücksichtigung einer geschätzten Fallzahl von etwa 85.000 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung² und etwa 15.000 im Rahmen der stationären Versorgung behandelter Dialysepatientinnen und -patienten ergibt sich aufgrund der Aufnahme der vier neuen Datenfelder eine Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer um 106.600 Euro ($4 \times 0,2665 \text{ Euro} \times 100.000$). Davon entfallen rund 90.610 Euro ($4 \times 0,2665 \times 85.000$) auf die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und rund 15.990 Euro ($4 \times 0,2665 \times 15.000$) auf den stationären Sektor.

Auf Basis der Erforderlichkeitstabellen für das DeQS-Verfahren QS NET ist festzustellen, dass sich außerdem die Dokumentationsvorgaben in dem Leistungsbereich Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation verändern. Im Dokumentationsbogen der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer ist für diesen Leistungsbereich vorgesehen, dass ein manuell zu dokumentierendes Feld (*Einsatz eines Perfusionssystems*) hinzukommt.

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: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4568/>: Jahresbericht 2019 zur Qualität in der Dialyse, 05.08.2020, S. 46 (abgerufen am 11.05.2022)

Unter Berücksichtigung einer Fallzahl von 2.185 Datensätze im Bereich Pankreas- und Pankreas-(Nieren-)transplantation im Erfassungsjahr 2019 gelieferten Datensätze im Leistungsbe- reich QS NET³ erhöhen sich die jährlichen Bürokratiekosten für die Leistungserbringer in Höhe von geschätzt 582 Euro (1 x 0,2665 Euro x 2.185).

2. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

Darüber hinaus ist zusätzlicher Aufwand für die Änderungen der Ausfüllhinweise zu berücksichtigen. Entsprechend der Zeitwerttabelle können hierfür einmalig 48 Minuten je vertragsärztliche Einrichtung bzw. Krankenhaus 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 2 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 vertragsärztlichen Leistungserbringer und Krankenhäuser dargestellt. Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der beteiligten vertragsärztlichen Einrichtungen und Krankenhausstandorte) dient der Qualitätsreport 2020 des IQTIG.

Tabelle 2: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

Leistungsbereich	Adressierte Einrichtungen		Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH [h]
	vertrags-ärztlich	Kranken- häuser	
QS NET			
Fallbezogene QS-Dokumentation Dialyse ^{4,5}	730	334	851,2
Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation		39	31,2
Zeitaufwand gesamt in h			882,4

Bei erforderlich hohem Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 882,4 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 47.032 Euro (53,30 Euro x 882,4 h). Hiervon entfallen 31.127 Euro (53,30 Euro/h x 584 h) auf vertragsärztliche Leistungserbringer und 15.905 Euro (53,30 Euro/h x 298,4 h) auf Krankenhäuser.

³ Quelle: IQTIG Qualitätsreport 2020, Auswertung der Qualitätssicherungsverfahren, Transplantationsmedizin, Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation, S. 119 ff.

⁴ Quelle: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4575/>: Jahresbericht 2019 zur Qualität in der Dialyse, 05.08.2020, S. 8 (abgerufen am 14.04.2022)

⁵ Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2020. 07.04.2022, S. 73

3. Zusammenfassung

Insgesamt ergibt sich aus den Änderungen in den Dokumentationsvorgaben eine Erhöhung der jährlichen Bürokratiekosten um etwa 107.182 Euro und einmalige Bürokratiekosten entstehen den Leistungserbringern infolge der Änderungen in den Ausfüllhinweisen in Höhe von geschätzt 47.032 Euro.

Tabelle 3: Zusammenfassende Übersicht

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben		
Dialyse	106.600 Euro	
Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-) transplantation	582 Euro	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		47.032 Euro



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET

Stand: 06.04.2022 nach Sitzung des UA QS

Legende:

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Vom **21. Juli 2022**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **21. Juli 2022** beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BANz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom **T. Monat JJJJ** (BANz AT **TT.MM.JJJJ BX**) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) wird wie folgt geändert:
 1. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste QS PCI

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

2	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
ID	56001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der durchgeführten isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“, bei denen angiographisch normale Koronargefäße nachgewiesen wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
Indikatortyp	Prozessindikator
4	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
ID	56004
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen die „Door“-Zeit oder die „Balloon“-Zeit nicht erfasst wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien
ID	56005
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten Koronarangiographien das Dosis-Flächen-Produkt in cGy*cm ² an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt mit > 0 cGy x cm ² .
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI
ID	56006
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten PCI das Dosis-Flächen-Produkt in cGy*cm ² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt mit > 0 cGy x cm ² .

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI
ID	56007
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle Einzeitig-PCI das Dosis-Flächen-Produkt in $\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$ an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt mit $> 0 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
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	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien
ID	56009
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten Koronarangiographien die Menge an applizierten Kontrastmittel in ml an allen isolierten Koronarangiographien.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI
ID	56010
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten PCI, die Menge an applizierten Kontrastmittel in ml an allen isolierten Koronarangiographien.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI
ID	56011
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle Einzeitig-PCI, die Menge an applizierten Kontrastmittel in ml an allen isolierten Koronarangiographien.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
Indikatortyp	Prozessindikator

12	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige (Thrombininjektion, Transfusion oder chirurgische Intervention) Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI.
Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und der 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
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
ID	56016
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel 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
ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	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

ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	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
ID	56022
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag) aufgetreten sind.
Qualitätsziel	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 (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
ID	56024
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 8. bis zum 30. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
ID	56026
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen der Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag nach einer 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 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.
Qualitätsziel	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.
Indikatortyp	Indikationsstellung
22	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur
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.
Indikatortyp	Indikationsstellung
23	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung
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

Indikatorwert	ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
24	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
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	Entscheidungsbeteiligung 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 wurden.
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

Indikatorwert	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 Punctionsstelle
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 Punctionsstelle hatten.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punctionsstelle 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

“

2. Anlage II wird wie folgt gefasst:

„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 anwendung sbezogene 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	Dokumentationsabschluss datum				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	

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 anwendung-sbezogene Gründe
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
17	behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS)	X	X	X	
18	Fachabteilung	X			
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X
20	Nebenbetriebsstättennum- mer	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	
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	

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.

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 anwendung sbezogene Gründe
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			

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 anwendung-sbezogene 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	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	Zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik		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 anwendung-sbezogene Gründe
53	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
54	kardiogener Schock		X	X	
55	Art der Prozedur		X	X	X
56	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	
57	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
58	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X	X	
59	Dialysepflicht		X	X	
60	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
61	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
62	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
63	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
64	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X
65	<ul style="list-style-type: none"> • koronarer Verschluss • TIA/Schlaganfall • Exitus im Herzkatheterlabor • sonstige 		X	X	
66	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X
67	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X
68	Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie]	X			X
69	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X

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 anwendung-sbezogene Gründe
70	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
71	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X
72	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
73	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ⁸	X		X	
74	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
75	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X
76	Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI]	X			X
77	Vorgangsnummer, GUID [PCI]	X			X
78	Versionsnummer [PCI]				X
79	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
80	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X
81	Indikation zur PCI		X	X	X
82	Ist STEMI Hauptdiagnose?		X	X	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 anwendung sbezogene Gründe
83	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	
84	<ul style="list-style-type: none"> • PCI an Hauptstamm • PCI an LAD • PCI an RCX • PCI an RCA 		X	X	
85	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X
86	<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 • PCI an einer Bifurkationsstenose • sonstige 		X	X	
87	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
88	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
89	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
90	Door-Zeitpunkt (Datum)		X		
91	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		
92	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X		
93	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		

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)						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungs- erbringers (IKNR/BSNR) ²	cp_type(301.Entlassun- gsanzeige.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.Entlass- ungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesla- nd			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeig- e.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
5	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AU F.Aufnahmetag@aufn- datum	X	X		
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll- /teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AU F.Aufnahmegrund@au- fngrund		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 Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
7	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeig e.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung @entldatum	X	X		
8	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeig e.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund@en tlgrund		X	X	
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verle- gung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behand- lungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeig e.ETL.Hauptdiagnose. Diagnoseschlüssel@ic d	X	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 Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
10	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.Entlassungsanzeig e.ETL.Sekundär- Diagnose.Diagnosesch lüssel@icd_sek	X	X	X	
11	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrele- vante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeig e.NDG.Nebendiagnose .Diagnoseschlüssel@ic d	X	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 Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene 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.Entlassungsanzeig e.NDG.Sekundär- Diagnose.Diagnosesch lüssel@icd_sek	X	X	X	
13	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeig e.FAB.Operation.Proze durenschlüssel@ops	X	X	X	
14	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeig e.FAB.Operationstag@ datum	X	X		
15	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeig e.ETL.Fachabteilung@ fachabteilung			X	
16	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(30 1.Entlassungsanzeig e.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@k hunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
17	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@qu elle				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.

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
18	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
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	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	X	
23	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	

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	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
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	X	
25	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	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	
27	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	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

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

⁹ 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 Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
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@enddatum	X	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	X	
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	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		

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 Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
40	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationss chlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
§ 284 (Stammdaten)						
41	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X	
42	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
43	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
44	Versichertennum- mer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
45	Stichtag des Versicherungssta- tus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹²	Stamm@versicherung sdatum				X
46	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherung sstatus			X	X
§ 300 (Apotheken)						
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 Betriebsstättennumm er)@art				X

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

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.

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
49	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennumm er)@kvregion			X	X
50	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennumm er@nummer	X	X		
51	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordn ungsdatum	X	X		
52	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder			X	
53	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkenn- zeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@ken nzeichentyp				X
54	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X	
55	Gegebenenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwen det		X	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.Erbracht e Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH .2/2.3 Betriebsstättennumm er)@art				X

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 Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
58	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH .2/2.3 Betriebsstättennumm er)@kvregion			X	X
59	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH .2/2.3 Betriebsstättennumm er@nummer	X	X		
60	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁹	cp_type(295s.Erbracht e Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL. 3/3.2 Institutionskennzeiche n des Leistungserbringers)@ art				X
61	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²⁰	state_key(295s.Erbrac hte Leistungen/Einzelfallre chnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeiche n des Leistungserbringers)@ bundesland			X	X
62	Institutionskennzei chen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL. 3/3.2 Institutionskennzeiche n des Leistungserbringers@ nummer	X	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 Fallidenti- fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung	Datenfel- der für die Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
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@si- cherheit		X	X	
67	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA .Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datu- m	X	X		
68	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OP S.Operationsschlüssel. 7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	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 Basis- auswer- tung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
69	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OP S.Operationsschlüssel. 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
72	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Versichertenzahl				X
73	Pseudonymisierte Dienstleisterkennu- ng	Dienstleisterkennung				X

c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall- identifika- tion	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, menschenslesbar [Basis]	X			X

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

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
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 ****	Entlassender Standort	X			X
24 ****	behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)	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.

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 ****	Betriebsstättennummer ambulant	X	X		
26 ****	Nebenbetriebsstättennummer	X	X		
27 *	Geschlecht	X			X
28 *	Aufnahmedatum (stationär)	X			
29 *	Entlassungsdatum	X			
30 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
31 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
32 *	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
33 *	Versionsnummer [Prozedur]				X
34 *	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
35 *	Datum der Prozedur	X			X
36 ***	Art der Prozedur		X		X
37 *	Gebührenordnungsposition (GOP)	X			
38 *	Dringlichkeit der Prozedur				X
39 *	Patient verstorben	X			
40 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X
41 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X
42 *	Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie]	X			X
43 *	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X

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
44 *	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
45 *	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
46 *	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie]	X			X
47 *	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI]				X
48 *	Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI]	X			X
49 *	Vorgangsnummer, GUID [PCI]	X			X
50 *	Versionsnummer [PCI]				X
51 *	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
52 *	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X
53 *	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X			X

Information zum Export und zur Entschlüsselung:

* Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.

*** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

**** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. 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 (QS WI) wird wie folgt geändert:

1. Anlage I Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) Indikatorenliste Wundinfektionen

1	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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)
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	Ergebnisindikator

9	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
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)
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

Kennzahlenliste Wundinfektionen

1	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)
ID	332000
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)
ID	342000
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

2. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Folgende Zeilen 78 und 79 werden angefügt:

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
„78	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Versichertenzahl				X
79	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Dienstleisterkennung				X“

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Folgende Zeilen 79 und 80 werden angefügt:

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
„79	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Versichertenzahl				X
80	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Dienstleisterkennung				X“

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

1. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)

a) Indikatorenliste Dialyse

1	Aufklärung über Behandlungsoptionen
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
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
ID	572003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung 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
ID	572004
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Dialysefrequenz pro Woche
ID	572005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen 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
ID	572006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen 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 zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse
ID	572009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Hämodialysepatientinnen und -patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassozierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen
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

Kennzahlenliste Dialyse

1	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572048

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die (bzw. deren Sorgeberechtigten) bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572049
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Katheterzugang bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572052

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Ernährungsstatus
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572054
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Anämiemanagement
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

ID	572055
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572056
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Hämodialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572057
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	1-Jahres-Überleben
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572058

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
15	2-Jahres-Überleben
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
16	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572059
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
17	3-Jahres-Überleben
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
18	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572060
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
19	5-Jahres-Überleben
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
20	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572061
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
21	10-Jahres-Überleben
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
22	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572062
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Nierentransplantation

1	Intra- oder postoperative Komplikationen
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
2	Sterblichkeit im Krankenhaus

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
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
ID	302300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

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
8	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung
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
9	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
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
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)
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
11	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
ID	572025
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer

Qualitätsziel	Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation. Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572100
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 weder zu hoch noch zu niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572101
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 weder zu hoch noch zu niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
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

Kennzahlenliste Nierentransplantation

1	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

6	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	572036
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572037
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572039
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.

Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572041
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation
ID	312300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung
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
7	Entfernung des Pankreastransplantats
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

Kennzahlenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

1	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

2. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„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) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X

Anlage II a der Tragenden Gründe

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
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-Versicherten 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	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) unbekannt		X	X	X
27	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			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 der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „Besonderer 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.

Anlage II a der Tragenden Gründe

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	mechanische Komplikation		X	X	
31	Infektion		X	X	
32	sonstige Komplikation		X	X	
33	Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?			X	X
34	Datum der Referenzdialyse		X		
35	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse		X	X	
36	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt		X		X
37	Serumalbumin		X		
38	Serumalbumin unbekannt				X
39	Hämoglobin		X		
40	Hämoglobin unbekannt				X
41	Ferritin		X		
42	Ferritin unbekannt				X
43	Transferrin-Sättigung		X		
44	Transferrin-Sättigung unbekannt				X
45	C-reaktives Protein ≥ 10 mg/l				X
46	C-reaktives Protein		X		
47	Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)		X	X	X
48	verordnete Wochendosis		X	X	
49	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X
50	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
51	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	X		X	
52	Quartal des Entlassungstages ⁷	X		X	X
53	Registriernummer des				X

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

Anlage II a der Tragenden Gründe

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
	Dokumentationssystem (Ländercode + Registriercode)				
54	Vorgangsnummer, menschenlesbar [VD]	X			X
55	Vorgangsnummer, GUID [VD]	X			X
56	Versionsnummer [VD]				X
57	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
58	Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?			X	X
59	Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie		X	X	
60	Hämodialyse		X	X	
61	Peritonealdialyse		X	X	
62	Heimdialyse		X	X	
63	Nierentransplantation		X	X	X
64	Lebendorganspende		X	X	
65	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X
66	Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss der Evaluation zur Transplantation ⁸		X	X	
67	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X
68	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X	
69	Aufnahme auf die Warteliste		X	X	
70	Komorbiditäten		X	X	X
71	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X	
72	Herzinsuffizienz		X	X	
73	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X	
74	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X	
75	arterielle Hypertonie		X	X	
76	Diabetes mellitus		X	X	

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.

Anlage II a der Tragenden Gründe

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
77	Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt		X	X	
78	Virushepatitis		X	X	
79	HIV-Infektion		X	X	
80	Malignom		X	X	
81	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X	
82	Demenz		X	X	
83	Depression		X	X	
84	andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen		X	X	X
85	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X
86	Datum der letzten Nierentransplantation		X		
87	Datum der Nierentransplantation unbekannt				X
88	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Dialyse]				X
89	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dialyse]	X			X
90	Vorgangsnummer, GUID [Dialyse]	X			X
91	Versionsnummer [Dialyse]				X
92	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
93	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X	
94	Dialyseverfahren		X	X	X
95	<ul style="list-style-type: none"> • Prozedurenschlüssel • Gebührenordnungsposition (GOP) 	X			
96	Dialyседatum	X	X		
97	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (Dialyse) ⁹		X	X	
98	Zugangsart		X	X	
99	effektive Dialyседauer		X	X	
100	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wesentliches Ereignis]				X

⁹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialyседatum“ 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
101	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wesentliches Ereignis]	X			X
102	Vorgangsnummer, GUID [Wesentliches Ereignis]	X			X
103	Versionsnummer [Wesentliches Ereignis]				X
104	Wievielt es wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X
105	Art wesentliches Ereignis		X	X	X
106	Beginn wesentliches Ereignis		X	X	
107	Ende wesentliches Ereignis		X	X	
108	Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt				X
109	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X
110	Datum der Beendigung		X		

„

b) Anlage II Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„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 Krankenkasse	admin@kasseiknr				X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
3	Anzahl der	Versichertenzahl				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
	Versicherten zum Tag der Lieferung					
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennun- g	Dienstleisterkennung				X
§284 (Stammdaten)						
5	Versichertennumm- er (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
9	Stichtag des Versicherungsstatu- s 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
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³	cp_type(301.Entlassungsanzei- ge.FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des	State_key(301.Entlassungsanz- eige.FKT.IK des			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.

Anlage II a der Tragenden Gründe

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
	Krankenhaus (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴	Absenders)@bundesland				
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll- /teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufna hmegrund@aufgrund			X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufna hmetag@aufndatum	X	X		
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Ta g der Entlassung/Verlegung@entlda tum	X	X		
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.En tlassungs- /Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	
19	Angabe, ob der KH- Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁵	inpatient_interrupt(301.Entlas sungsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterb rechnung		X	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
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fa chabteilung@fachabteilung			X	
21	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegu ng, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsreleva nte Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.H auptdiagnose.Diagnoseschlüss el@icd	X	X	X	
22	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.Se kundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@i cd_sek	X	X	X	
23	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsreleva nte Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ	301.Entlassungsanzeige.NDG. Nebendiagnose.Diagnoseschlü ssel@icd	X	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
	1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern					
24	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.S ekundär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@i cd_sek	X	X	X	
25	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.O peration.Prozedurenschlüssel @ops	X	X	X	
26	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.O perationstag@datum	X	X		
§295 (kollektivvertraglich)						
27	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁶	source(295k)@quelle				X
28	Art der Identifikationsnum mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁷	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				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.

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
29	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁸	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvreg ion			X	X
30	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X			
31	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruch nahme	X		X	
32	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart	X		X	
33	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitrau m.3/3.3.1@beginndatum	X	X		
34	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitrau m.3/3.3.2@endedatum	X	X		
35	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@ic d	X	X	X	
36	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@si cherheit		X	X	
37	Liste der Gebührenordnungs- -Nr. nach EBM- Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	
38	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@ datum	X			
§295 (selektivvertraglich)						

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

Anlage II a der Tragenden Gründe

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
39	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X
40	Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvr egion			X	X
42	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@num- mer	X	X		
43	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.INF.Zusatz- informationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruc hnahme	X			X
44	Erster Tag des Abrechnungszeitrau- ms	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrech- nungszeitraum.11/11 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@begin ndatum	X			
45	Letzter Tag des Abrechnungszeitrau- ms	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrech- nungszeitraum.11/11 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@ende datum	X			
46	Liste der ICD- Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagno- se.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X	
47	Sicherheit der	295s.Erbrachte Leistungen /		X	X	

Anlage II a der Tragenden Gründe

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
	Diagnose	Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit				
48	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X		

”

c) Anlage II Buchstabe c wird wie folgt geändert:

aa) Zeile 40 wird wie folgt gefasst:

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
„40	<ul style="list-style-type: none"> Entlassungsgrund nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X		X“

bb) Nach Zeile 61 wird folgende Zeile eingefügt:

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
„62	Einsatz eines Perfusionssystems		X	X“	

cc) Die bisherigen Zeilen 62 bis 75 werden die Zeilen 63 bis 76.

d) Anlage II Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

„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 Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr				X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Dienstleisterkennung				X
§284 (Stammdaten)						
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ⁴⁹	Stamm@versicherungsdatum				X
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§301 (Krankenhäuser)						

⁴⁹ 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 Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵⁰	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁵¹	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FK T.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵²	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X			
17	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			
18	Letzter (endgültiger)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X	

⁵⁰ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁵¹ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵² 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
	Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)					
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁵³	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
21	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
22	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X		

”

IV. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.

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

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

⁵³ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.



Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den QS-
Verfahren PCI, WI und NET

Stand 08.04.2022

Legende:

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweise:

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

Vom 21. Juli 2022

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)	2
	c) Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	3
3.	Bürokratiekostenermittlung	3
4.	Verfahrensablauf	3
5.	Fazit	4
6.	Zusammenfassende Dokumentation	4

1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) beruht auf § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 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

Die DeQS-RL Teil 2 wird vorliegend geändert. Gegenstand der Änderung sind im Wesentlichen Anpassungen in der jeweiligen Anlage I (Indikatorenlisten) und Anlage II der Verfahren 1 (QS PCI), 2 (QS WI) und 4 (QS NET).

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

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 21. Juli 2022 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2023 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 – nach DeQS RL. Erläuterungen) verwiesen.

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

Zu 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 21. Juli 2022 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2023 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 – nach DeQS RL. Erläuterungen) verwiesen.

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

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 21. Juli 2022 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2023 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 – nach DeQS RL. Erläuterungen) verwiesen.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

oder

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

4. Verfahrensablauf

Am 11. Februar 2022 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In zwei Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
11. Februar 2022	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zu den Richtlinienänderungen
22. Februar 2022	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zu den Richtlinienänderungen
6. April 2022	Unterausschuss QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
1. Juni 2022	Unterausschuss QS	Auswertung Stellungnahme/n und ggf. Anhörung
21. Juli 2022	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 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 QS WI Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. April 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. April 2022 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 9. Mai 2022.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJ vor (**Anlage 3**)/teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJ vor (**Anlage 4**) /teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 10. Mai 2022 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 1. Juni 2022 durchgeführt (**Anlage 5**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden mit Schreiben vom 11. April 2022 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 beschlossen, die DeQS-RL Teil 2 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 1: Bürokratiekostenermittlung

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

Anlage 3: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Von: Markus.Lenz@bfdi.bund.de <Markus.Lenz@bfdi.bund.de> Im Auftrag von REFERAT13@bfdi.bund.de
Gesendet: Donnerstag, 5. Mai 2022 15:14
An: qs@g-ba.de
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 1, 2 und 4 # 13-315/072#1252

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
13-315/072#1252

Sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) - Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 in den Verfahren QS PCI, QS WI und QS NE - gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen -

Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn
Fon: (0228) 997 799 1318
Fax: (0228) 997799 5550
E-Mail: markus.lenz@bfdi.bund.de oder
E-Mail Referat: referat13@bfdi.bund.de
Internet: www.bfdi.bund.de

Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben insgesamt: <https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>

Vertraulichkeitshinweis:

Dies ist eine vertrauliche Nachricht und nur für den Adressaten bestimmt. Es ist nicht erlaubt, diese Nachricht zu kopieren oder Dritten zugänglich zu machen. Sollten Sie irrtümlich diese Nachricht erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten diese E-Mail.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Haussmann, Thomas [<mailto:Thomas.Haussmann@g-ba.de>] Im Auftrag von qs@g-ba.de
Gesendet: Montag, 11. April 2022 15:46
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung DeQS-RL Teil 2 - Verfahren 1, 2 und 4

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

gez. i.A. Katrin Starke, LL.M.

stv. Leiterin

gez. i. A. Thomas Haussmann
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-558

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: qs@g-ba.de <<mailto:qs@g-ba.de>>

Internet: <http://www.g-ba.de> <<http://www.g-ba.de>>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.