

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS-
Verfahren 3 und 5 bis 15

Vom 20. Juli 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
2.1	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE).....	3
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	3
	Zu § 17 Fristen für Berichte	3
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE).....	4
2.2	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	4
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	4
	Zu § 14 Datenlieferfristen.....	4
	Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS TX).....	6
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)	7
2.3	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK).....	7
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	7
	Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS KCHK)	7
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)	10
2.4	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS).....	10
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	10
	Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KAROTIS)	10
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)	10
2.5	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).....	10
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	10
2.6	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	11
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	11
	Zu Anlage I Indikatorenliste (QS MC)	11
2.7	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	12

	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	12
2.8	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	12
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	12
2.9	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF).....	12
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	12
2.10	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	13
	Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	13
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	13
	Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene.....	13
	Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS PM)	13
	Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM).....	15
2.11	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	15
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	15
	Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS HGV).....	15
2.12	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	15
	Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	15
	Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KEP).....	16
3.	Bürokratiekostenermittlung	16
4.	Verfahrensablauf	16
5.	Fazit.....	17
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	17

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 so weit 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 themenspezifischen Bestimmungen der Verfahren 3 (QS CHE), 5 (QS TX), 6 (QS KCHK), 7 (QS KAROTIS), 8 (QS CAP), 9 (QS MC), 10 (QS GYN-OP), 11 (QS DEK), 12 (QS HSMDEF), 13 (QS PM), 14 (QS HGV) und 15 (QS KEP).

2.1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 4:

Zu Satz 2:

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS CHE basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

2.2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu § 14 Datenlieferfristen

Absatz 1a:

Der neue Absatz 1a regelt Besonderheiten im Zusammenhang mit der Berichtigung oder Ergänzung von Daten, die an die Transplantationsregisterstelle übermittelt wurden (vgl. dazu Regelung in Teil 1 § 9 Absatz 2 Satz 1 Nr. 15 der Richtlinie und Tragende Gründe zu dieser Regelung gemäß Beschluss vom 20. Juli 2023).

In Satz 1 wird festgelegt, dass die für Zwecke der Qualitätssicherung geltenden Datenliefer- und Korrekturfristen nicht für die Verarbeitung von Daten zum Zweck der Korrektur der nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 Transplantationsgesetz (TPG) an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten gelten. Unabhängig vom Zeitpunkt zu dem das Krankenhaus über die Datenannahmestelle Korrekturbitten der Transplantationsregisterstelle nach Teil 1 § 9 Absatz 2 Satz 1 Nr. 15 der Richtlinie erreichen, sind die Krankenhäuser zur Übermittlung berichtigter oder ergänzter Datensätze für Zwecke der Korrektur transplantationsmedizinischer Daten berechtigt.

In Satz 2 wird deklaratorisch klargestellt, dass die transplantationsrechtlichen Vorgaben für die Krankenhäuser von den Regelungen der DeQS-RL unberührt bleiben. Nach § 15e Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 TPG sind unter anderem Transplantationszentren zur Datenübermittlung an die Transplantationsregisterstelle verpflichtet. Die Transplantationsregisterstelle hat nach § 15b Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 TPG u.a. die Aufgabe, soweit erforderlich, die übermittelnden Stellen über die Vertrauensstelle zur Berichtigung oder Ergänzung der übermittelten Daten aufzufordern. In der Verfahrensordnung nach § 15 e Absatz 4 Satz 1 TPG (Verfahrensordnung für die Datenübermittlung gemäß §§ 15a bis 15h TPG an und durch das Transplantationsregister - VerfO-DÜ-TxReg) werden die für die Krankenhäuser geltenden Pflichten und Fristen bei der Übermittlung berichtigter oder ergänzter Daten konkretisiert.

Diese Pflichten und Fristen gelten im Zusammenhang mit der Korrektur transplantationsmedizinischer Daten für Zwecke des Transplantationsregisters für die Krankenhäuser unabhängig von den Vorgaben der DeQS-RL. Die nach der DeQS-RL bestehenden etablierten Strukturen und Verfahren für die Übermittlung der Qualitätssicherungsdaten werden jedoch auch für die Übermittlung von Korrekturdaten für Zwecke des Transplantationsregisters genutzt.

Für die Übermittlung der korrigierten Datensätze gilt der für die Verarbeitung von Qualitätssicherungsdaten etablierte Datenfluss (Satz 3) entsprechend. Das heißt insbesondere, es gelten auch für die Verarbeitung der Korrekturdaten die Vorgaben:

- zur Erforderlichkeit des Vorliegens einer ausdrücklichen und wirksamen Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten nach § 15e Absatz 6 TPG (d.h. eine früher von der Patientin bzw. vom Patienten erklärte Einwilligung darf nicht widerrufen worden sein),
- zur Verschlüsselung der ET-Nummer (§ 5 Absatz 5),
- zur Verschlüsselung (Anlage zu Teil 1 § 1),
- zur Datenübermittlung des Krankenhauses an die Datenannahmestelle (Anlage zu Teil 1 § 2 Absatz 1, 2 und 4 der Richtlinie),
- zu den Verfahren in der Datenannahmestelle einschließlich der Leistungserbringerpseudonymisierung (Anlage zu Teil 1 § 3 der Richtlinie),
- zum Verfahren in der Vertrauensstelle wie z.B. der Pseudonymisierung patientenidentifizierender Daten (Anlage zu Teil 1 § 4),
- zur ergänzenden Prüfung der Plausibilität, Vollständigkeit und Vollständigkeit sowie zur Zusammenführung der Datensätze durch die Bundesauswertungsstelle (Anlage zu Teil 1 § 5 Absatz 1 und 2 der Richtlinie) und
- zur Auswertung der Daten einschließlich der Berücksichtigung in Rückmeldeberichten und der Mandantenfähigen Datenbank – vorbehaltlich der Regelung in Satz 3 - (Anlage zu Teil 1 § 6)

entsprechend.

Satz 4 trifft Festlegungen zur Berücksichtigung der zu Zwecken der Transplantationsregisterstelle übermittelten Korrekturdaten für Zwecke der Qualitätssicherung. Die Bundesauswertungsstelle kann grundsätzlich nicht unterscheiden, ob Korrekturdatenlieferungen von den Krankenhäusern aufgrund einer entsprechenden Anforderung der Transplantationsregisterstelle oder aus sonstigen Gründen übermittelt werden. Nach der Regelung in Satz 4 werden Korrekturdatenlieferungen für Qualitätssicherungszwecke grundsätzlich nur berücksichtigt, wenn sie vor Ablauf der Korrekturfrist nach Absatz 1 Satz 3 (15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres) an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt worden sind. Korrekturen die nach dem 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres übermittelt werden, können für die Auswertung der QS-Daten des Erfassungsjahres wegen der schon laufenden oder bereits abgeschlossenen Verfahren zur Auswertung grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Dies gilt nicht für Daten, die die Validität der Qualitätssicherungsergebnisse des Folgejahres

sicherstellen sollen, ohne die Ergebnisse der Qualitätssicherung der Vorjahre zu beeinflussen. Dies sind z. B. Informationen über das Versterben einer Patientin oder eines Patienten oder eines Lebendorganspenders. Diese Daten kann die Bundesauswertungsstelle auch bei der Auswertung für Zwecke der Qualitätssicherung berücksichtigen, da sie für Auswertungszeiträume nach Ablauf des Erfassungsjahres relevant sind.

Die berichtigten und ergänzten transplantationsmedizinischen Datensätze werden dann gemäß § 15e Absatz 2 Nummer 9 TPG im Auftrag des G-BA vom IQTIG an die Transplantationsregisterstelle übermittelt.

Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS TX)

1. Um eine Unterscheidung der für das Erfassungsjahr 2023 neu eingeführten Indikatoren "Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" in den Modulen Herztransplantationen, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen sowie Lebertransplantationen nicht nur anhand der unterschiedlichen QI-ID, sondern auch anhand des Titels der QI zu ermöglichen, wurde das jeweilige Modul in den QI-Titel integriert.

- QI-ID 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation
- QI-ID 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation
- QI-ID 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

In allen anderen Modulen des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) (Nierenlebendspenden, Leberlebendspenden) war bereits in 2023 eine Unterscheidung anhand des QI-Titels möglich. Das Modul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen ist nicht betroffen, da es in diesem Modul zurzeit keine Follow-up-Indikatoren gibt.

2. Im Modul Lebertransplantationen des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) wurde zur größtmöglichen Vereinheitlichung der QS-Verfahren aus der Weiterentwicklung des entsprechenden Indikators zur Nierentransplantation (QS NET-NTX) ein methodisch gleich funktionierender Indikator eingeführt: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation (QI-ID 272400). Hierbei wurde sich an der Auswertungssystematik sowie am technischen und biometrischen Aufbau des Indikators im Modul Nierentransplantationen des QS-Verfahrens QS NET orientiert. Mit dem Indikator sollen schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikationen nach einer Lebertransplantation erfasst werden. Dies bedeutet eine Adaption einer bestehenden Auswertungslogik auf ein anderes (ebenfalls viszeralchirurgisches) Modul der Transplantationsmedizin, die mit den Mitgliedern beider Übergangsgremien der Expertengremien (Nierentransplantation und Lebertransplantation) beraten und konsentiert wurden.

3. In den Indikatoren, die Komplikationen bei und nach Eingriffen messen, wird in den QI-Titel das jeweilige betrachtete Modul integriert, sodass nicht nur anhand der QI-ID unterschieden werden kann, sondern auch bereits durch den QI-Titel. Insbesondere durch die gleichartige Benennung der Komplikations-Indikatoren in Lebertransplantation, Nierenlebendspende und Nierentransplantation (QS NET) wird hierdurch sichergestellt, dass sofort offensichtlich ist, um welches Modul es sich handelt.

- QI-ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende

- QI-ID 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation
- QI-ID 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS TX basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

2.3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)

QS-Dokumentationsbasierte Qualitätsindikatoren

„Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ (ID 362001, ID 392000 und 402000)

Die bisherigen Qualitätsindikatoren (ID 362001, ID 392000 und 402000) werden aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen, weil sich bereits nach Implementation dieser Indikatoren im Anschluss des ersten Erfassungsjahres in freiwilligen Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zeigte, dass neben häufigen Dokumentationsfehlern auch Probleme in der Datenerhebung bestanden. So werden laut Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern echokardiographische Befunde abgefragt, die in Deutschland nicht regelmäßig von zuweisenden Kardiologen übermittelt wurden. Ebenfalls ergab sich durch den hohen Dokumentationsaufwand mit 26 Datenfeldern des Dokumentationsbogens und der schwierigen zugrundeliegenden Rechenregel eine sehr hohe Komplexität der Indikatoren. Die zwischenzeitlich im Jahr 2021 erschienene Überarbeitung der europäischen Leitlinie zum Management von Herzklappenerkrankungen aus dem Jahre 2017 (Baumgartner et al. 2017) konnte für die Indikatoren zum Erfassungsjahr 2021 auf Grund der langfristigen Zeiträume der externen QS nicht berücksichtigt werden. Hier kam es somit zu Abweichungen des QS-Dokumentationsbogens von der aktuell gültigen Leitlinie. Gepaart mit der hohen Komplexität dieser Indikatoren ergaben sich in der Anwendung tiefgreifende Schwierigkeiten. Es kann nicht verifiziert werden, ob rechnerische Auffälligkeiten tatsächlich

qualitative Auffälligkeiten begründen, sodass sich die Indikatorenergebnisse nicht als Grundlage für ein Stellungsnahmeverfahren eignen.

Das IQTIG hat die Eignung und Struktur der Indikatoren bereits umfänglich mit den Mitgliedern des Übergangsgremiums zum Expertengremium (ÜEXG) diskutiert und kam zu dem Ergebnis, dass neben dem schlechten Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Indikatoren diese auch nicht valide und robust genug seien, um weitergeführt zu werden.

„Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ (ID 352000 und 362002)

Die bisherigen Qualitätsindikatoren (ID 352000 und 362002) werden aufgrund einer Empfehlung des IQTIG gestrichen. Entsprechend der Methodischen Grundlagen des IQTIG kann ein Indikator gestrichen werden, wenn kein weiteres Potenzial zur Verbesserung besteht. Die Bundesergebnisse der Indikatoren „Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna“ erreichten bereits mehrere Jahre in Folge sehr gute Ergebnisse. Im Stellungsnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 wurden die Ergebnisse von insgesamt nur 5 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet. Mit 4 dieser Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer wurden Zielvereinbarungen zur Nachverfolgung qualitätsverbessernder Maßnahmen getroffen. Da das Verbesserungspotential der Ergebnisse dieses Indikators in Folge der wiederholt guten Ergebnisse eher als gering eingeschätzt wird, wurde im Expertengremium (EXG) im Herbst 2022 konsentiert, dass diese QI zum Erfassungsjahr 2024 gestrichen werden sollen.

Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren

„Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“ (ID 372003 und ID 382003) und „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“ (ID 392008 und ID 402008)

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets erfolgt aufgrund einer Empfehlung des IQTIG die Umbenennung der Indikatoren „Erneuter **Aortenklappeneingriff** innerhalb von 30 Tagen“ und „Erneuter **Mitralklappeneingriff** innerhalb von 30 Tagen“ zu „Erneuter **Eingriff** innerhalb von 30 Tagen“ zum Erfassungsjahr 2024 um eine modulübergreifend einheitliche Nomenklatur zu erreichen. Inhaltlich sollen die Indikatoren sich weiterhin auf die jeweiligen spezifischen Modulhalte beziehen. D. h. der Indikator „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ wird in den Modulen kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe und offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe weiterhin ausschließlich isolierte Aortenklappeneingriffe betrachten, während er in den Modulen kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe und offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe weiterhin ausschließlich isolierte Mitralklappeneingriffe betrachten wird.

„Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 372004 und ID 382004) und „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 392009 und ID 402009)

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets erfolgt aufgrund einer Empfehlung des IQTIG die Umbenennung der Indikatoren „Erneuter **Aortenklappeneingriff** innerhalb eines Jahres“ und „Erneuter **Mitralklappeneingriff** innerhalb eines Jahres“ zu „Erneuter **Eingriff** innerhalb eines Jahres“ zum Erfassungsjahr 2024 um eine modulübergreifend einheitliche Nomenklatur zu erreichen. Inhaltlich sollen die Indikatoren sich weiterhin auf die jeweiligen spezifischen Modulhalte beziehen. D. h. der Indikator „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ wird in den Modulen kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe und offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe weiterhin ausschließlich isolierte Aortenklappeneingriffe betrachten, während er in den Modulen kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe und offen-chirurgische isolierte

Mitralklappeneingriffe weiterhin ausschließlich isolierte Mitralklappeneingriffe betrachten wird.

„Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“ (ID 352003) und „PCI innerhalb von 30 Tagen“ (ID 352004)

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets erfolgt aufgrund einer Empfehlung des IQTIG die Umbenennung der Indikatoren „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“ und „PCI innerhalb von 30 Tagen“ zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung der ursprünglichen beiden Indikatoren. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

„PCI innerhalb eines Jahres“ (ID 352005)

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets erfolgt aufgrund einer Empfehlung des IQTIG die Umbenennung des Indikators „PCI innerhalb eines Jahres“ zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung des ursprünglichen Indikators. Zusätzlich sollen auch erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb eines Jahres nach Indexeingriff einbezogen werden. Hierbei werden Eingriffe entsprechend dem bisherigen Indikator „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“ berücksichtigt. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

„Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“ (ID 362011), „PCI innerhalb von 30 Tagen“ (ID 362012), „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“ (ID 362014) und „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“ (ID 362016)

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets erfolgt aufgrund einer Empfehlung des IQTIG die Zusammenlegung der Indikatoren „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“, „PCI innerhalb von 30 Tagen“, „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen“ zu „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung der ursprünglichen vier Indikatoren. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

„PCI innerhalb eines Jahres“ (ID 362013), „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 362015) und „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ (ID 362017)

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets erfolgt aufgrund einer Empfehlung des IQTIG die Zusammenlegung der Indikatoren „PCI innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung der ursprünglichen drei Indikatoren. Zusätzlich sollen auch erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb eines Jahres nach Indexeingriff einbezogen werden. Hierbei werden Eingriffe entsprechend dem bisherigen Indikator „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen“ berücksichtigt. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-

Eingriffe betrachtet werden bzw. durch erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb eines Jahres erweitert werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren (QS KCHK) basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

2.4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KAROTIS)

Die Modifikation der QI zur Indikationsstellung entspricht einer Weiterentwicklung der bisherigen QI zur Indikationsstellung (QI 603 und 51437 sowie 604 und 51443), sodass es sich im engeren Sinne nicht um die Neueinführung von QI handelt. Die nach Eingriffsart getrennte Darstellung der Ergebnisse wird durch Nebenkennzahlen zu den QI 162400 und 162401 in den Rückmeldeberichten weiterhin sichergestellt.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KAROTIS basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

2.5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

2.6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

Die Neuentwicklung des Indikators (ID 212400) „*Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS*“ basiert auf den bestehenden Empfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Die prätherapeutische Tumorkonferenz, gewinnt bei der Behandlung von Mammakarzinomen an Bedeutung. Im Zuge der Neuentwicklung des Indikators wird mit dem bestehenden Indikator (ID 211800) "Posttherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS" die Gruppe "Interdisziplinäre Tumorkonferenz" in das bestehende QI-Set etabliert.

Zum Indikator „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (ID 2163):

Der Qualitätsindikator ID 2163 „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ wird in eine Kennzahl überführt. Damit wird den wiederholten Empfehlungen des Expertengremiums gemäß § 26 DeQS-RL und des Gremiums zur Systempflege gemäß § 14 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) im Qualitätssicherungsverfahren Mammachirurgie (QS MC) gefolgt. Hintergrund ist, dass die Ergebnisse des Qualitätsindikators bereits seit Jahren durchweg sehr gute Qualität belegen und damit einen Deckeneffekt aufweisen. Das Ziel, mit der datengestützten Qualitätssicherung Qualitätsdefizite zu detektieren wurde somit erreicht. Dies ist als ein wichtiger Teilerfolg des QS-Verfahrens QS MC anzuerkennen. Um die Entwicklung der Qualität bei Primärer Axilladisektion bei DCIS auch nach Streichung des QI zu monitoren, wird die Datenerhebung für die Ergebnisberechnung mittels einer Kennzahl fortgeführt.

Der bisherige Qualitätsindikator ID 2163 ist auch als planungsrelevanter Qualitätsindikator laut Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V (plan. QI-RL) vorgesehen. Da zur Berechnung der künftigen Kennzahl gemäß DeQS-RL die Informationen über die unveränderten bestehenden Datenfelder erhoben werden, bleibt eine mögliche Verwendung gemäß plan. QI-RL weiterhin uneingeschränkt möglich.

2.7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

2.8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

2.9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

2.10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 1:

Für die in PM-NEO erhobenen Datenfelder „eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ und „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ hat sich gezeigt, dass diese nicht substanziell zur Verknüpfung mehrerer NEO-Fälle eines Kindes beitragen. Sie sind damit nicht erforderlich und werden künftig nicht mehr erhoben.

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2:

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS PM)

Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate) (ID 51070) / Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 222402): Innerhalb der QI- und Kennzahlengruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ soll ein neuer ratenbasierter und risikoadjustierter QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) (Einflussfaktoren im Risikomodell: Geschlecht, Gestationsalter, Asphyxie, Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) eingeführt werden. Da es u. a. zu Dopplungen im Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 der DeQS-RL mit dem bereits bestehenden Sentinel-Event-QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) kommen

kann, soll der QI 51070 künftig als ratenbasierte Transparenzkennzahl ohne Referenzbereich dargestellt werden.

Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate) (ID 222400) / Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (ID 222401) / Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) / Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP (ID 222201): Da es sich bei der nekrotisierenden Enterokolitis (NEK) und fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP) um verschiedene Krankheitsbilder handelt, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung/Therapie bedürfen, sollen zwei neue Kennzahlen zur FIP/SIP, einmal als rohe (ID 222400) und einmal als risikoadjustierte (ID 222401) Rate, in die bereits bestehende Kennzahlengruppe zur NEK aufgenommen werden. Ebenso soll die FIP/SIP innerhalb der Ebene 3 „NEK“ des QI „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51146_51901) berücksichtigt werden. Zudem soll die OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP ebenso innerhalb der Kennzahl 222201 berücksichtigt werden. Darüber hinaus soll die Kennzahl 222201 künftig risikoadjustiert ausgewiesen werden (Einflussvariablen im Risikomodell: Geschlecht, Gestationsalter).

Nosokomiale Infektion (ID 50060): Das Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) wurde bereits seit der Spezifikation 2021 und damit seit den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 aus dem Zähler des QI entfernt. Zudem wird das Auftreten einer Pneumonie nach der Geburt bereits seit den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2019 tageweise erfasst. Eine nachträgliche Anpassung der veralteten Beschreibung innerhalb der QI-Liste ist daher notwendig.

Pneumothorax unter oder nach Beatmung (ID 50062): Infolge einer grundlegenden Überarbeitung der für den QI verwendeten Datenfelder werden seit den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2020 nun nur noch Pneumothoraces erfasst, die nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung (während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standorts) aufgetreten sind. Pneumothoraces, die ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten sind, werden nicht mehr im QI berücksichtigt. Eine nachträgliche Anpassung der veralteten Beschreibung innerhalb der QI-Liste ist daher notwendig.

Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus (ID 222200): Innerhalb der Kennzahl sollen angleichend an die Kennzahlen „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)“ (ID 51076) und „Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)“ (ID 50050) lediglich Kinder mit einer Hirnblutung erfasst werden, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist.

Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) (ID 51078) / Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) (ID 50052): Die Grundgesamtheit der Kennzahlen wurde bereits seit den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 an die überarbeitete S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ angeglichen. In dieser wurde u. a. die Gestationsaltergrenze für den Einschluss in das Routine-Screening auf eine Frühgeborenenretinopathie von „unter 32+0 Wochen“ auf „unter 31+0 Wochen“ gesenkt. Diese Kennzahl fließt in die Ebene 5 „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)“ des QI „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID

51901) ein. Hier wurde die Angleichung an die Richtlinie bereits für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 vorgenommen. Eine nachträgliche Anpassung der veralteten Beschreibung in der Kennzahlenliste ist daher notwendig. Zusätzlich soll der Begriff „ophthalmologische Untersuchung“ konkretisiert und in „ROP-Screening“ umbenannt werden, da die Augenuntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings betrachtet werden soll.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PM basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

2.11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS HGV)

Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300):

Der QI „Treppensteigen bei Entlassung“ entstammt den Datenfeldern, die erstmals zum Erfassungsjahr 2021 für die Spezifikation beschlossen wurden. Zum Erfassungsjahr 2023 fand eine deutliche Anpassung der Datenfelder in den Modulen HEP und KEP statt.

Im Erfassungsjahr 2023 wurde „Treppensteigen bei Entlassung“ als Kennzahl geführt und wird zum Erfassungsjahr 2024 erstmalig als Qualitätsindikator ausgewertet.

Die Fähigkeit zum Treppensteigen gilt als eines der Entlasskriterien in der Endoprothetik. Das Ziel ist ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung. Die Schlüsselwerte und Ausfüllhinweise der Datenfelder beziehen sich auf den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual, der in Krankenhäusern als Instrument zur Pflegeanamnese etabliert ist.

2.12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS KEP)

Treppensteigen bei Entlassung (ID 202300):

Der QI „Treppensteigen bei Entlassung“ entstammt den Datenfeldern, die erstmals zum Erfassungsjahr 2021 für die Spezifikation beschlossen wurden. Zum Erfassungsjahr 2023 fand eine deutliche Anpassung der Datenfelder in den Modulen HEP und KEP statt.

Im Erfassungsjahr 2023 wurde „Treppensteigen bei Entlassung“ als Kennzahl geführt und wird zum Erfassungsjahr 2024 erstmalig als Qualitätsindikator ausgewertet.

Die Fähigkeit zum Treppensteigen gilt als eines der Entlasskriterien in der Endoprothetik. Das Ziel ist ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung. Die Schlüsselwerte und Ausfüllhinweise der Datenfelder beziehen sich auf den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual, der in Krankenhäusern als Instrument zur Pflegeanamnese etabliert ist.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Aus den Änderungen in den Dokumentationsvorgaben resultiert eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 238.455 Euro. Aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen ergeben sich einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 101.368 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 14. Februar 2023 begann die Arbeitsgruppe Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
14. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlussentwurf
22. Februar 2023	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlussentwurf
29. März 2023	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren

9. Mai 2023	AG-Sitzung	Vorbereitung Stellungnahmeverfahren	Auswertung
7. Juni 2023	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren	
20. Juli 2023	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.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 29. März 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 5. April 2023 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 3. Mai 2023.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 24. April 2023 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juli 2023 beschlossen, die DeQS-RL in 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 stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

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

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL): Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Dokumentationsvorgaben für die bestehende sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren Transplantationsmedizin (QS TX), Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK), Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) und Perinatalmedizin (QS PM) aktualisiert. Leistungserbringer im vorliegenden Zusammenhang sind nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte, die im Rahmen der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) dokumentationspflichtige Leistungen erbringen.

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

Als Datenquelle zur Bestimmung der je Leistungsbereich vorliegenden Fallzahlen (Anzahl der gelieferten Datensätze sowie Anzahl der beteiligten Krankenhausstandorte) dient der Qualitätsreport 2020 des IQTIG.

In diesem Zusammenhang ergeben sich veränderte Bürokratiekosten in folgenden Bereichen:

1. Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Die Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben sowie die in den einzelnen Leistungsbereichen anfallende 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 welche somit nicht in der nachstehenden Zählung enthalten sind, wurden solche Datenfelder gezählt, die zu Abrechnungszwecken bzw. zur DRG-Weiterentwicklung an die gesetzlichen Krankenkassen (gemäß § 301 SGB V) bzw. das InEK (gemäß § 21 KHEntgG) übermittelt werden. Neben der Versichertennummer sind dies beispielsweise Fachabteilung, Geburtsdatum, Aufnahme datum, Prozeduren (OPS-Kodes), OPS-Datum, Haupt- und Sekundär Diagnosen (ICD-Kodes), Entlassungsdatum oder entlassender Standort.

Die nachfolgende Tabelle wurde zudem auf Basis der Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL, Erläuterungen mit Stand vom 21.02.2023 und Dokumente mit Stand vom 21.02.2023 des IQTIG erstellt:

Tabelle 1: Änderungen in den Dokumentationsvorgaben der einzelnen Leistungsbereiche

Leistungsbereich	Manuell zu befüllende Datenfelder: neu	Manuell zu befüllende Datenfelder: wegfallend	Saldo Datenfelder	Fallzahl pro Verfahren 2019	Gesamtzahl manuell zu befüllende Datenfelder (Saldo)
QS TX:					
Lebertransplantation Follow up (LTXFU)	1	0	1	2.014	2.014
QS KCHK (HCH)	0	15	-15	69.720	-1.045.800
QS KAROTIS (10/2)	4	0	4	32.599	130.396
QS PM:					
Neonatologie (NEO)	1	0	1	106.437	106.437
Gesamt					-806.953

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 (59,10 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 0,2955 Euro.

Aus den oben dargestellten Veränderungen in den Dokumentationsvorgaben ergibt sich somit eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten um 238.455 Euro (-806.953 x 0,2955 Euro).

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. Änderungen in den Ausfüllhinweisen

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

Tabelle 2: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

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

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

Tabelle 3: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

QS-Verfahren: Leistungsbereich	KH-Standorte 2019 je Verfahren	Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH in h
QS TX:		
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	60	48
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	13	10,4
Lebertransplantation (LTX)	21	16,8
Follow-up Lebertransplantation (LTXFU)	21	16,8
Nierenlebendspende (NLS)	37	29,6
QS KCHK: Koronarchirurgie/Eingriffe an Herzklappen (HCH)	98	78,4
QS KAROTIS: Karotis-Revaskularisation (10/2)	649	519,2
QS PM:		
Geburtshilfe (16/1)	686	548,8
Neonatologie (NEO)	559	447,2
Zeitaufwand gesamt in h		1.715,2

Bei erforderlichem hohem Qualifikationsniveau (59,1 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 1.715,2 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von rund 101.368 Euro (59,1 Euro x 1.715,2 h).

3. Zusammenfassung

Insgesamt ergeben sich aus den Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den Verfahren 3 und 5 bis 15 der DeQS-RL infolge der Änderungen in den Dokumentationsvorgaben eine Entlastung der jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 238.455 Euro. Aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 101.368 Euro.

Tabelle 4: Zusammenfassende Übersicht

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Änderungen in den Dokumentationsvorgaben	-238.455 Euro	
Änderungen in den Ausfüllhinweisen		101.368 Euro



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung:
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS-
Verfahren 3 und 5 bis 15

Stand: 05.04.2023 - nach Sitzung Unterausschuss 29.03.2023

Legende:

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Vom **20. Juli 2023**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **20. Juli 2023** beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden 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 3: Cholezystektomie (QS CHE) wird wie folgt geändert:
 1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:
„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
 2. In § 17 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „365-Tage des Follow-up-Zeitraums“ durch die Wörter „365-Tage Follow-up-Zeitraum“ ersetzt.
 3. Anlage II wird wie folgt geändert:
 - a) In Tabelle Buchstabe a wird Zeile 22 wie folgt gefasst:

Anlage 2 der Tragenden Gründe

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„22	Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?		X	X“	

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 4 wird folgende Zeile 5 eingefügt:

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
„5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige. STA.Standortnummer@nummer				X“

bb) Die bisherigen Zeilen 5 bis 29 werden die Zeilen 6 bis 30.

cc) Die bisherige Zeile 30 wird Zeile 31 und wie folgt gefasst:

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
„31	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X“

dd) Die bisherige Zeile 31 wird Zeile 32 und wie folgt gefasst:

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
„32	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ²	Admin@dienstleister				X“

II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. In § 14 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Fristen nach Absatz 1 gelten nicht für die Verarbeitung von Daten zum Zweck der Korrektur der nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 TPG an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten. Die sich aus dem Transplantationsgesetz und der Verfahrensordnung nach § 15 e Absatz 4 Satz 1 Transplantationsgesetz für Krankenhäuser ergebenden Pflichten und Fristen zur Übermittlung transplantationsmedizinischer Daten an die Transplantationsregisterstelle bleiben hiervon unberührt. Im Übrigen gelten für die Verarbeitung der Daten nach Satz 1 die themenspezifischen Vorgaben in § 5 Absatz 5 sowie die Vorgaben in Teil 1 § 13 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 und 4 und in der Anlage zu Teil 1 § 1, § 2 Absatz 1, 2 und 4, § 3, § 4, § 5 Absatz 1 und 2 und § 6 der Richtlinie entsprechend. Anlage zu Teil 1 § 6 der Richtlinie kommt für Daten nach Satz 1 nur dann zur Anwendung, wenn diese vor Ablauf der Korrekturfrist nach Absatz 1 Satz 3 an die Datenannahmestelle übermittelt worden sind oder wenn es sich um Daten handelt, die die Validität der Qualitätssicherungsergebnisse des Folgejahres sicherstellen.“

3. Anlage I wird wie folgt geändert:

a) In Tabelle Buchstabe a wird die Nummer 5 wie folgt gefasst:

„5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation
ID	252300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.

² Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekannten Status
Indikatortyp	Prozessindikator“

b) Tabelle Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Indikatorenliste Lebertransplantationen

1	Tod durch operative Komplikationen
ID	2097
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die am Tag der Lebertransplantation oder am Tag nach der Lebertransplantation verstorben sind.
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2096
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lebertransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12349
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12365
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	12385

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation
ID	272300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Postoperative Verweildauer
ID	2133
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren postoperative Verweildauer nach einer Lebertransplantation oberhalb des 75. Perzentils liegt.
Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Intra- oder postoperative Komplikationen
ID	272400
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer Lebertransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit intra- oder postoperativen Komplikationen nach Lebertransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) In Tabelle Buchstabe e wird die Nummer 5 wie folgt gefasst:

„5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation
ID	282300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator“

4. Anlage II wird wie folgt geändert:
 a) Tabelle Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

**„1. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:
 Lebertransplantation**

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 anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X

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

² In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „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 der „besondere Personenkreis“ 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 anwendungsbezogene Gründe
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴		X	X	X
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X			X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	

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

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

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

7 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Abs. 5).

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 anwendungsbezogene Gründe
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X
25	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X
26	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X
27	Geschlecht	X	X	X	
28	Körpergröße		X	X	
29	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	

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

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 anwendungsbezogene Gründe
30	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X		X	X
31	Monat des Entlassungstages ¹⁰	X	X	X	X
32	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
33	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
34	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X	
35	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsgrund • nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X	X	X
36	Todesursache			X	
37	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Transplantation]				X
38	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
39	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
40	Versionsnummer [Transplantation]				X
41	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
42	Zentrumsangebot		X	X	

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

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

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

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 anwendungsbezogene Gründe
43	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X	
44	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l 		X		
45	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X		
46	INR (International Normalized Ratio)		X		
47	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren		X		
48	match MELD zugewiesen		X	X	X
49	match MELD		X	X	
50	Begründung für match MELD		X	X	X
51	standard exception		X	X	
52	Spendertyp		X	X	
53	Spenderalter		X	X	
54	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X
55	Indikation zur Lebertransplantation		X	X	
56	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
57	HCC vor Transplantation bekannt			X	
58	Monat der Operation ¹³	X	X	X	X

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

¹³ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information 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 Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
59	OP-Datum	X	X		
60	Operation ¹⁴	X		X	
61	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		x		
62	Abbruch der Transplantation			X	
63	HCC im Explantat			X	
64	Typ des Leberspenderorgans		X	X	
65	kalte Ischämiezeit (Minuten)		X	X	
66	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X“	

b) Tabelle Nummer 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 24 wird folgende Zeile 25 eingefügt:

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 anwendungsbezogene Gründe
„25	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X“		

bb) Die bisherigen Zeilen 25 bis 37 werden die Zeilen 26 bis 38.

c) Tabelle Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

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

**„3. Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V –
Lebertransplantation**

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fizierung	Datenfel- der für die Indikator- - oder Kennzahl- - berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			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	Admin@versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				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.) ²	Stamm@versicherungsdatum				X

¹ Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

² 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
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X
§ 301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				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.ET			X	

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵ 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.)	L.Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgr und				
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FA B.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FA B.Operationstag@datum	X	X"		

d) In Tabelle Nummer 6 wird die Zeile 68 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
„68	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X"

e) Tabelle Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V: Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fizierung	Datenfel- der für die Indikator- - oder Kennzahl- - berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			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	Admin@versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				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:	Stamm@versicherungsdatum				X

¹ Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

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
	15.11.) ²					
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X
§ 301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				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	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X			

² Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵ 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	Datenfel- der für die Indikator- - oder Kennzahl- - berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	selben Einrichtung)					
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ET L.Entlassungs- /Verlegungsgrund@entlgr und			X	
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.En tlassungsanzeige.ETL.Entla ssungs- /Verlegungsgrund)@khunt erbrechung			X	
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS- Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FA B.Operation.Prozedurenc hlüssel@ops	X	X	X	
21	Tag der gelieferten OPS- Leistung	301.Entlassungsanzeige.FA B.Operationstag@datum	X	X“		

f) Tabelle Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

**„13. Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V -
Herztransplantation**

⁶ 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	Datenfel- der für die Indikator- - oder Kennzahl- - berechnung	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			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	Admin@versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung ¹	Admin@dienstleister				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.) ²	Stamm@versicherungsdatum				X
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X

¹ Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

² 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
§ 301 (Krankenhäuser)						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes ³	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁴	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁵	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				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) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgr			X	

³ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

⁴ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

⁵ 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
	(Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	und				
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁶	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FA B.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FA B.Operationstag@datum	X	X		

“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)

a) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Intraprozedurale Komplikationen
ID	382000

⁶ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.

Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	382001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	382003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	382004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	382006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	382007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	382008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle

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

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
ID	382002
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	382005
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Intraprozedurale Komplikationen
ID	372000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	372001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	372002
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	
ID	372003	
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	
ID	372004	
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6	Sterblichkeit im Krankenhaus	
ID	372006	
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	
ID	372007	
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	
ID	372008	
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	
ID	372005	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.	

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	352001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	352400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder per-kutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	352401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder per-kutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	352007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	352008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres

ID	352009
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
ID	352002
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	352006
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Indikatorenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	362004
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	362005
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen

ID	362006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	362007
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
ID	362010
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	362400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder per-kutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	362401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder per-kutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	362019

Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	362020
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	362021
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
ID	362008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	362018
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

e) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
ID	402002

Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	402003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
ID	402004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	402005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
ID	402007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	402008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	402009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	402011
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	402012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	402013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	402010
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

f) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
---	---

ID	392002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	392003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
ID	392004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	392005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
ID	392007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	392008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	392009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	392011
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	392012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	392013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
ID	392010
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle nach geplanter oder dringend notwendiger Operation im Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

3. Anlage II wird wie folgt geändert:
 - a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort	X	X	X	X
14	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „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.

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
15	Fachabteilung	X			
16	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
18	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
21	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
22	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		X	X	
23	medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		X	X	
24	Angina Pectoris		X	X	
25	klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		X	X	
26	kardiogener Schock / Dekompensation		X	X	
27	Reanimation [Anamnese / Befund]		X	X	
28	<ul style="list-style-type: none"> • systolischer Pulmonalarteriendruck 		X	X	

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

5 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der 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.

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt 				
29	Herzrhythmus		X	X	
30	Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		X	X	
31	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger		X	X	
32	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
33	<ul style="list-style-type: none"> • LVEF • LVEF unbekannt 		X	X	
34	Befund der koronaren Bildgebung		X	X	
35	Hauptstammstenose		X	X	
36	Revaskularisation indiziert		X	X	
37	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt?		X	X	
38	Datum letzte PCI		X	X	
39	Anzahl		X	X	
40	akute Infektion(en) ⁷		X	X	
41	Diabetes mellitus		X	X	
42	arterielle Gefäßerkrankung		X	X	X
43	periphere AVK		X	X	
44	Arteria Carotis		X	X	
45	Aortenaneurysma		X	X	
46	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)		X	X	X
47	Lungenerkrankung(en)		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
48	neurologische Erkrankung(en)		X	X	X
49	Schweregrad der Behinderung		X	X	
50	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
51	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
52	korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		X	X	
53	geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		X	X	
54	neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	
55	Reanimation		X	X	
56	komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		X	X	
57	postprozedurales akutes Nierenversagen		X	X	
58	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		X	X	
59	Perikardtamponade		X	X	
60	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		X	X	
61	Mediastinitis		X	X	
62	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		X	X	X
63	Abstand OP-Datum - zerebrovaskuläres Ereignis ⁸		X	X	

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des neu aufgetretenen zerebrovaskulären Ereignisses“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
64	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X	
65	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X	
66	therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		X	X	X
67	<ul style="list-style-type: none"> • Infektion(en) • Sternuminstabilität • Gefäßruptur • Dissektion • therapierelevante Blutung/ Hämatom • Ischämie • AV-Fistel • Aneurysma spurium • sonstige 		X	X	
68	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X	
69	paravalvuläre Leckage		X	X	
70	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator		X	X	
71	Entlassungsdiagnose(n) ⁹	X		X	
72	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
73	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
74	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsgrund • nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
75	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
76	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
77	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
78	Versionsnummer [Prozedur]				X
79	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
80	Konversionseingriff		X	X	X
81	OP-Datum	X	X		
82	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
83	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
84	Operation ¹⁴	X		X	
85	Koronarchirurgie		X	X	X
86	Aortenklappeneingriff		X	X	X
87	Mitralklappeneingriff		X	X	X
88	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		X	X	X
89	<ul style="list-style-type: none"> • Eingriff an der Trikuspidalklappe • Eingriff an der Pulmonalklappe • Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand • Vorhofablation 		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Eingriff an herznahen Gefäßen • Herzohrverschluss/ -amputation • interventioneller Koronareingriff (PCI) • sonstige 				
90	Patient wird beatmet		X	X	
91	Dringlichkeit		X	X	
92	Nitrate (präoperativ)		X	X	
93	Troponin positiv (präoperativ)		X	X	
94	Inotrope (präoperativ)		X	X	
95	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		X	X	
96	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
97	Dauer des Eingriffs		X	X	
98	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt 		X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrastmittelmenge • kein Kontrastmittel appliziert 			X	
100	Intraprozedurale Komplikationen		X	X	X
101	<ul style="list-style-type: none"> • Device-Fehlpositionierung • Koronarostienverschluss • Aortendissektion • Aortenregurgitation > = 2. Grades • Annulus-Ruptur • Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle • Perikardtampnade 		X	X	X

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • kardiale Dekompensation • Hirnembolie • Rhythmusstörungen • Device-Embolisation • vaskuläre Komplikation • Low Cardiac Output • schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural) • Patient verstarb im OP/Katheterlabor 				
102	Therapie des Low Cardiac Output		X	X	
103	Konversion		X	X	X
104	Grund für die Konversion		X	X	
105	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarchirurgie]				X
106	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarchirurgie]	X			X
107	Vorgangsnummer, GUID [Koronarchirurgie]	X			X
108	Versionsnummer [Koronarchirurgie]				X
109	Zugang (KC)		X	X	
110	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?				X
111	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode +				X

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
	Registriercode) [Aortenklappeneingriff]				
112	Vorgangsnummer, menschenslesbar [Aortenklappeneingriff]	X			X
113	Vorgangsnummer, GUID [Aortenklappeneingriff]	X			X
114	Versionsnummer [Aortenklappeneingriff]				X
115	Zugang (AORT)		X	X	
116	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
117	Stenose			X	
118	Insuffizienz			X	
119	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Mitralklappeneingriff]				X
120	Vorgangsnummer, menschenslesbar [Mitralklappeneingriff]	X			X
121	Vorgangsnummer, GUID [Mitralklappeneingriff]	X			X
122	Versionsnummer [Mitralklappeneingriff]				X
123	Zugang (MKE)		X	X	
124	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
125	Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder – halteapparat) auffällig?		X	X	X

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
126	<ul style="list-style-type: none"> • Segelprolaps • Verdickung • Verkalkung/Sklerosierung • Vegetationen • Kommissurenfusionen 		X	X	X

“

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 4 wird folgende Zeile 5 eingefügt:

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 Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
„5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				X“

bb) Die bisherigen Zeilen 5 bis 62 werden die Zeilen 6 bis 63.

cc) Die bisherige Zeile 63 wird Zeile 64 und wie folgt gefasst:

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 Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
„64	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X“

dd) Die bisherige Zeile 64 wird Zeile 65 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
§ 301 (Krankenhäuser)						
„65	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X“

IV. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose
ID	162400
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose
ID	162401

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NAS CET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades und eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NAS CET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist und eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
ID	52240
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Keine periprozeduralen Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	11704
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51873
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen oder

Qualitätsziel	symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.
Indikatortyp	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
6	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung
ID	161800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste Karotis-Revaskularisation

1	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	11724
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	162301
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	605
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	51859
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	162300

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offenchirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51865
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt
ID	162302
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung in Form einer Thrombektomie oder der Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	162304
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

10	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51445
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51448
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51860
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	162303

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	Periprozedurales Neuromonitoring
ID	162402
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen ein Neuromonitoring während einer offenchirurgischen Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung erfolgt ist.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine offenchirurgische Karotis-Revaskularisation mit Allgemeinanästhesie oder Analgosedierung durchgeführt wird, erhalten ein Neuromonitoring
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

3. Anlage II wird wie folgt gefasst:

4.

„Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)“

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.

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X

Laufende Nummer	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
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Institutionskennzeichen	X			X
10	entlassender Standort	X	X	X	X
11	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
12	Betriebsstätten-Nummer	X			
13	Fachabteilung	X			
14	Geburtsjahr ¹	X		X	X
15	Geschlecht	X		X	
16	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
17	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
18	Quartal des Aufnahmetages ²	X		X	X
19	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³		X	X	X
20	Diabetes mellitus		X	X	
21	präprozedurale Nierenersatztherapie		X	X	X
22	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendung-sbezogene Gründe
23	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?		X	X	X
24	Karotisläsion rechts		X	X	X
25	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X	
26	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X
27	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes • Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen. 		X	X	
28	Karotisläsion links		X	X	X
29	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X	
30	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X
31	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes • Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen. 		X	X	
32	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X
34	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X
35	Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		X	X	

Laufende Nummer	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
36	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X
37	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige 		X	X	
38	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige 		X	X	
40	Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		X	X	X
41	<ul style="list-style-type: none"> • Neurologie • Gefäßchirurgie • Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie • Angiologie • Kardiologie • Kardiochirurgie sonstige		X	X	
42	Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		X	X	
43	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		X	X	X
44	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendung-sbezogene Gründe
45	Quartal des Entlassungstages ⁴	X			X
46	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵	X		X	X
47	Entlassungsdiagnose(n) ⁶	X			
48	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassungsgrund • nicht spezifizierter Entlassungsgrund 	X	X	X	
49	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
50	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
51	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
52	Versionsnummer [Prozedur]				X
53	Wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X
54	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷	X	X	X	X
55	Quartal der Operation ⁸	X			X
56	<ul style="list-style-type: none"> • Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) • ASA-Einstufung liegt nicht vor 		X	X	X
57	Form der Anästhesie		X	X	X
58	Indikation		X	X	
59	therapierte Seite		X	X	

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	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
60	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X
61	Prozedur(en) ⁹	X			
62	Art des Eingriffs		X	X	
63	Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?		X	X	
64	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X	
65	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X	
66	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?		X	X	
67	Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?		X	X	X
68	<ul style="list-style-type: none"> • ASS • Clopidogrel • sonstige ADP-Rezeptorantagonisten • GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten • NOAK/DOAK • Vitamin-K-Antagonisten • sonstige 		X	X	
69	Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt?		X	X	X
70	<ul style="list-style-type: none"> • SEP • MEP • EEG • Oxymetrie 		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendung-sbezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • Wachmonitoring • sonstige 				
71	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		X	X	
72	neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis		X	X	X
73	<ul style="list-style-type: none"> • TIA • Hyperperfusionssyndrom • Hirnnervenausfälle • ischämischer Schlaganfall • symptomatische intrakranielle Blutung • sonstige 		X	X	
74	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X	
75	lokale Komplikationen		X	X	X
76	<ul style="list-style-type: none"> • OP-pflichtige Nachblutung • Nervenläsion als Folge des Eingriffs • Karotisverschluss • behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle • Wundinfektionen • sonstige 		X	X	X

“

V. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
- Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

VI. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)“

1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
ID	51846
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen vor einem Ersteingriff bei Primärerkrankung DCIS oder invasives Mammakarzinom prätherapeutisch eine histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate
ID	52267
Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator niedrige Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
ID	52278

Beschreibung	Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator hohe Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening.
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund
ID	212000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und mit Mikrokalk ohne Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund
ID	212001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung ¹
ID	52330
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ mammografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

Indikatortyp	Prozessindikator
7	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung ¹
ID	52279
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ sonografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Primäre Axilladisektion bei DCIS ¹
ID	2163
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS im prätherapeutischen Histologiebefund eine primäre Axilladisektion erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS
Indikatortyp	Indikationsstellung
9	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
ID	50719
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS bei brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
ID	51847
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit negativem Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie erhielten und bei denen keine Axilladisektion durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Indikationsstellung

11	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
ID	51370
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen die Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff weniger als 7 Tage beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Nachresektionsrate
ID	60659
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Nachresektionen bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort bei abgeschlossener primär-operativer Therapie und erreichtem R0-Status.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
ID	211800
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff, die nach abgeschlossener primär-operativer Therapie eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
Indikatortyp	Prozessindikator
14	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS
ID	212400
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, die eine prätherapeutische Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.

Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
Indikatortyp	Prozessindikator

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

“

- VII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) wird wie folgt geändert:
1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
- VIII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) wird wie folgt geändert:
1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
- IX. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) wird wie folgt geändert:
1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
 - b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
- X. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) wird wie folgt geändert:
1. In § 4 Absatz 1 werden die Wörter „sowie die Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V zur Ermöglichung der Zusammenführung im Bereich Neonatologie“ gestrichen.
 2. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

3. In § 15 Absatz 3 Satz 2 werden nach den Wörtern „Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17“ die Wörter „der Richtlinie“ eingefügt.
4. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS PM)“

a) Indikatorenliste Geburtshilfe

1	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung ¹
ID	50045
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaphylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittgeburt.
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittgeburt
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Kaiserschnittgeburt
ID	52249
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kaiserschnitten bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten ¹
ID	1058
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Entschluss-Entwicklungs-Zeiten von mehr als 20 Minuten bei allen Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden.
Qualitätsziel	Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
ID	51831
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Azidose bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.

Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten ¹
ID	318
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädia-terinnen und Pädia-tern bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen).
Qualitätsziel	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ¹
ID	51803
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern, an Kindern mit einem 5-Minuten-Apgar unter 5, an Kindern mit einem Base Excess unter -16 und an Kindern mit einer Azidose bei allen reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum 5-Minuten-Apgar, Base Excess und pH-Wert.
Qualitätsziel	Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt
ID	331
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Müttersterbefällen bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182010
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen, bei allen Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator

9	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182011
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen, bei allen Kindern, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182014
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen, bei allen Kindern, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator

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

Kennzahlenliste Geburtshilfe

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen ¹
ID	330
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen), die mindestens zwei Tage vor Geburt stationär aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

2	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	
ID	321	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit einer Azidose bei allen reif- und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.	
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
3	Azidose bei reifen Einlingen	
ID	51397	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Azidose bei allen reif- und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.	
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
4	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	
ID	181800	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Dammrissen Grad IV bei allen Müttern mit spontanen bzw. vaginal-operativen Einlingsgeburten.	
Qualitätsziel	Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	

b) Indikatorenliste Neonatologie

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	
ID	222402	
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.	
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit	
Indikatorotyp	Ergebnisindikator	

2	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
ID	51901
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus, an Kindern mit einer Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis oder selten fokale intestinale Perforation / singuläre intestinale Perforation, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Nosokomiale Infektion
ID	50060
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder mit Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), die nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt waren und am Tag der Geburt aufgenommen wurden.
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
ID	50062
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einem Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung.

Qualitätsziel	Selten Pneumothorax
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Zunahme des Kopfumfangs
ID	52262
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen die Differenz aus der relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt, bei allen Lebendgeborenen mit einer stationären Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm, unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat.
Qualitätsziel	Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Durchführung eines Hörtests
ID	50063
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde, bei allen lebend nach Hause entlassenen Kindern.
Qualitätsziel	Häufig Durchführung eines Hörtests
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
ID	50074
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste Neonatologie

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)
ID	51070
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)
ID	51832
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
ID	51837
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)
ID	51076

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
ID	50050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus
ID	222200
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)
ID	51838
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

8	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	
ID	51843	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.	
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
9	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	
ID	222400	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.	
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
10	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	
ID	222401	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.	
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
11	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP	
ID	222201	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig	

	aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)
ID	51077
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
ID	50051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
ID	51079
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.

Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
15	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
ID	50053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
16	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)
ID	51078
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
17	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
ID	50052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

5. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Zeile 112 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„112	Fehlbildungen vorhanden		X	X“	

bb) Nach Zeile 120 wird folgende Zeile 121 eingefügt:

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„121	Abstand zwischen Geburt und Entlassung des Kindes (in Minuten) <small>27</small>				X“

cc) Die bisherigen Zeilen 121 bis 129 werden die Zeilen 122 bis 130.

6. Tabelle Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X	X		X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	<ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten³ Nachname der Mutter liegt nicht vor 	X	X		X
12	<ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes 	X	X		X

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

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

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

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
	bei GKV-Versicherten ⁴ • Vorname der Mutter liegt nicht vor				
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	aufnehmender Standort	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Fachabteilung	X	X		
18	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses		X	X	
19	Geschlecht	X	X	X	
20	Mehrlingsgeburt	X	X	X	X
21	Anzahl Mehrlinge	X	X	X	
22	laufende Nummer des Mehrlings	X	X	X	
23	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)		X	X	
24	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)		X	X	
25	Geburtsdatum des Kindes	X	X		

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
26	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ⁵	X	X		X
27	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen) ⁶		X	X	X
28	Alter bei Aufnahme in Stunden ⁷	X	X	X	X
29	Geburtsjahr [Geburtsdatum des Kindes] ⁸	X		X	X
30	Uhrzeit der Geburt	X	X		
31	<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsort des Kindes • Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland 	X	X		X
32	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesland des Geburtsortes • Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland 	X	X		X
33	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X	
34	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X
35	Transport zur Neonatologie		X	X	

⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
36	primäre palliative Therapie (ab Geburt)		X	X	X
37	Kind im Kreißsaal verstorben			X	X
38	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen) ⁹		X	X	X
39	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X	
40	Monat des Aufnahmetages ¹⁰	X		X	X
41	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X		
42	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung ¹¹	X	X	X	X
43	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	X	X		
44	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	X	X		
45	Aufnahme ins Krankenhaus von		X	X	X
46	• Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	X	X	X	
47	Gewicht bei Aufnahme	X	X	X	
48	• Kopfumfang bei Aufnahme • Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
49	<ul style="list-style-type: none"> • Körpertemperatur bei Aufnahme • Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt 		X	X	
50	Angeborene Erkrankungen		X	X	X
51	Diagnose der angeborenen Erkrankung ¹²		X	X	
52	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X
53	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X	X	X
54	Status bei Aufnahme [Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie]		X	X	
55	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	X
56	Status bei Aufnahme [Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)]		X	X	
57	ROP-Screening durchgeführt/vorhanden		X	X	X
58	Datum des ersten ROP-Screenings		X		
59	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X	X	X

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
60	ROP-Status bei Aufnahme		X	X	
61	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X
62	Beginn [Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)]		X	X	
63	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹³		X	X	X
64	endgültige Beendigung		X	X	
65	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁴		X	X	X
66	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X
67	Beginn [Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt]	X	X	X	
68	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁵	X	X	X	X
69	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	X	X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
70	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁶	X	X	X	X
71	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	X	X	X	
72	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung inklusive CPAP (in Tagen) ¹⁷	X	X	X	X
73	Pneumothorax		X	X	X
74	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X	
75	Behandlung des Pneumothorax		X	X	
76	Moderate oder schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X	
77	Status bei Aufnahme [Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)]		X	X	
78	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X	X	X
79	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)		X	X	
80	Sepsis		X	X	X
81	Datum des Sepsis-Beginns		X	X	
82	Pneumonie		X	X	X

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

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

Laufende Nummer	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 anwendungsbezogene Gründe
83	Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn ¹⁸		X	X	X
84	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		X	X	X
85	Status bei Aufnahme [Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)]		X	X	
86	fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)		X	X	
87	Status bei Aufnahme [fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)]		X	X	
88	Neugeborenen-Hörscreening		X	X	
89	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)		X	X	
90	OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)		X	X	
91	OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)		X	X	

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Datum des Pneumonie-Beginns“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
92	OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus		X	X	
93	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X	
94	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁹	X	X	X	X
95	Monat des Entlassungstages ²⁰	X		X	X
96	Abstand zwischen Aufnahmezeitpunkt ins Krankenhaus und Entlassungs-/Todeszeitpunkt ²¹				X
97	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt	X			X
98	Körpergewicht bei Entlassung	X	X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Entlassung • Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt 		X	X	
100	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf		X	X	
101	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		X	X	
102	• Entlassungsgrund	X	X	X	X

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikationen	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	• nicht spezifizierter Entlassungsgrund				
103	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X	X
104	Todesursache		X	X	
105	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ²²	X	X	X	

“

XI. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.
- b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt geändert:

- a) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung

1	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	54001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

²² Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

ID	54002
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. –Komponentenwechsels.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Präoperative Verweildauer
ID	54003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn.
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Sturzprophylaxe
ID	54004
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat.
Qualitätsziel	Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
ID	54015
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	54016
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54017
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
ID	54018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
ID	54019
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54120
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Gehunfähigkeit bei Entlassung
ID	54012
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch

Qualitätsziel	bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.
Indikatortyp	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung Ergebnisindikator
12	Treppensteigen bei Entlassung
ID	192300
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Krankenhausaufnahme Treppensteigen konnten und die Fähigkeit zum Treppensteigen zur Entlassung aus dem Krankenhaus wiedererlangt haben.
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54013
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	10271
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.
Qualitätsziel	Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Hüftendoprothesenversorgung

1	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
ID	191914
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

XII. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe g wird der Punkt am Ende gestrichen.

b) Folgender Buchstabe h wird angefügt:

„h) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“

2. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenliste (QS KEP)“

1	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
ID	54020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation mit Ausnahme der Indikationskriterien zur unikondylären Schlittenprothese.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
ID	54021
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum elektiven Eingriff der unikondylären Schlittenprothese.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54022

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Knieendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine angemessene Indikation
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
ID	54123
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	50481
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen allgemeinen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten allgemeine Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
ID	54124
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID	54125
Beschreibung	Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Selten spezifische Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

8	Gehunfähigkeit bei Entlassung	
ID	54028	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden.	
Qualitätsziel	Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9	Treppensteigen bei Entlassung	
ID	202300	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Krankenhausaufnahme Treppensteigen konnten und die Fähigkeit zum Treppensteigen zur Entlassung aus dem Krankenhaus wiedererlangt haben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
10	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	
ID	54127	
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
11	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	
ID	54128	
Beschreibung	Der Indikator erfasst ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Erstimplantation, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch ungeplante Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Knieendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können.	
Qualitätsziel	Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Knieendoprothesen-Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Kennzahlenliste Knieendoprothesenversorgung

1	Beweglichkeit bei Entlassung
ID	54026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das postoperative Bewegungsausmaß des Kniegelenks vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.
Qualitätsziel	Möglichst oft eine Beweglichkeit des Kniegelenks von 0-0-90 Grad bei Entlassung aus der akut-stationären Versorgung nach einer elektiven Erstimplantation einer Knieendoprothese
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

XIII. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten
einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL):
Änderungen in den Verfahren 3 und 5 bis 15 zum
Erfassungsjahr 2024

Vom 20. Juli 2023

Stand 05.04.2023

Legende:

*Dissentente Punkte sind **gelb** markiert.*

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Hinweis:

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

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
a)	Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE).....	3
b)	Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)	4
c)	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK).....	7
d)	Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS).....	12
e)	Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP).....	12
f)	Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	13
g)	Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	14
h)	Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	14

i)	Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF).....	14
j)	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	15
k)	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	17
l)	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	18
3.	Bürokratiekostenermittlung	19
4.	Verfahrensablauf	19
5.	Fazit.....	20
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	20

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 themenspezifischen Bestimmungen der Verfahren 3 (QS CHE), 5 (QS TX), 6 (QS KCHK), 7 (QS KAROTIS), 8 (QS CAP), 9 (QS MC), 10 (QS GYN-OP), 11 (QS DEK), 12 (QS HSMDEF), 13 (QS PM), 14 (QS HGV) und 15 (QS KEP).

a) Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu § 17 Fristen für Berichte

Zu Absatz 4:

Zu Satz 2:

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS CHE basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

b) Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu § 14 Datenlieferfristen

Absatz 1a:

Vorschlag der Abteilung Recht (in Abstimmung mit IQTIG) vom 20.02.2023 und 13.03.2023

Der neue Absatz 1a regelt Besonderheiten im Zusammenhang mit der Berichtigung oder Ergänzung von Daten, die an die Transplantationsregisterstelle übermittelt wurden (vgl. dazu Regelung in Teil 1 § 9 Absatz 2 Satz 1 Nr. 15 der Richtlinie und Tragende Gründe zu dieser Regelung gemäß Beschluss vom 20. Juli 2023).

In Satz 1 wird festgelegt, dass die für Zwecke der Qualitätssicherung geltenden Datenliefer- und Korrekturfristen nicht für die Verarbeitung von Daten zum Zweck der Korrektur der nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 TPG an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten gelten. Unabhängig vom Zeitpunkt zu dem das Krankenhaus über die Datenannahmestelle Korrekturbitten der Transplantationsregisterstelle nach Teil 1 § 9 Absatz 2 Satz 1 Nr. 15 der Richtlinie erreichen, sind die Krankenhäuser zur Übermittlung berichtigter oder ergänzter Datensätze für Zwecke der Korrektur transplantationsmedizinischer Daten berechtigt.

In Satz 2 wird deklaratorisch klargestellt, dass die transplantationsrechtlichen Vorgaben für die Krankenhäuser von den Regelungen der DeQS-RL unberührt bleiben. Nach § 15e Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Transplantationsgesetz (TPG) sind unter anderem Transplantationszentren zur Datenübermittlung an die Transplantationsregisterstelle verpflichtet. Die Transplantationsregisterstelle hat nach § 15b Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 TPG u.a. die Aufgabe, soweit erforderlich, die übermittelnden Stellen über die Vertrauensstelle zur Berichtigung oder Ergänzung der übermittelten Daten aufzufordern. In der Verfahrensordnung nach § 15 e Absatz 4 Satz 1 TPG (Verfahrensordnung für die Datenübermittlung gemäß §§ 15a bis 15h TPG an und durch das Transplantationsregister - Verfo-DÜ-TxReg) werden die für die Krankenhäuser geltenden Pflichten und Fristen bei der Übermittlung berichtigter oder ergänzter Daten konkretisiert. Diese Pflichten und Fristen gelten im Zusammenhang mit der Korrektur transplantationsmedizinischer Daten für Zwecke des Transplantationsregisters gelten für die Krankenhäuser unabhängig von den Vorgaben der DeQS-RL. Die nach der DeQS-RL bestehenden etablierten Strukturen und Verfahren für die Übermittlung der Qualitätssicherungsdaten werden jedoch auch für die Übermittlung von Korrekturdaten für Zwecke des Transplantationsregisters genutzt.

Für die Übermittlung der korrigierten Datensätze gilt der für die Verarbeitung von Qualitätssicherungsdaten etablierte Datenfluss (Satz 3) entsprechend. Das heißt insbesondere, es gelten auch für die Verarbeitung der Korrekturdaten die Vorgaben:

- zur Erforderlichkeit des Vorliegens einer ausdrücklichen und wirksamen Einwilligung des Patienten nach § 15e Absatz 6 TPG (d.h. eine früher vom Patienten erklärte Einwilligung darf nicht widerrufen worden sein),
- zur Verschlüsselung der ET-Nummer (§ 5 Absatz 5),
- zur Verschlüsselung (Anlage zu Teil 1 § 1),
- zur Datenübermittlung des Krankenhauses an die Datenannahmestelle (Anlage zu Teil 1 § 2 Absatz 1, 2 und 4 der Richtlinie),
- zu den Verfahren in der Datenannahmestelle einschließlich der Leistungserbringerpseudonymisierung (Anlage zu Teil 1 § 3 der Richtlinie),
- zum Verfahren in der Vertrauensstelle wie z.B. der Pseudonymisierung patientenidentifizierender Daten (Anlage zu Teil 1 § 4),
- zur ergänzenden Prüfung der Plausibilität, Vollständigkeit und Vollständigkeit sowie zur Zusammenführung der Datensätze durch die Bundesauswertungsstelle (Anlage zu Teil 1 § 5 Absatz 1 und 2 der Richtlinie) und
- zur Auswertung der Daten einschließlich der Berücksichtigung in Rückmeldeberichten und der Mandantenfähigen Datenbank – vorbehaltlich der Regelung in Satz 3 - (Anlage zu Teil 1 § 6)

entsprechend.

Satz 4 trifft Festlegungen zur Berücksichtigung der zu Zwecken der Transplantationsregisterstelle übermittelten Korrekturdaten für Zwecke der Qualitätssicherung. Die Bundesauswertungsstelle kann grundsätzlich nicht unterschieden, ob Korrekturdatenlieferungen von den Krankenhäusern aufgrund einer

entsprechenden Anforderung der Transplantationsregisterstelle oder aus sonstigen Gründen übermittelt werden. Nach der Regelung in Satz 4 werden Korrekturdatenlieferungen für Qualitätssicherungszwecke grundsätzlich nur berücksichtigt, wenn sie vor Ablauf der Korrekturfrist nach Absatz 1 Satz 3 (15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres) an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt worden sind. Korrekturen die nach dem 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres übermittelt werden, können für die Auswertung der QS-Daten des Erfassungsjahres wegen der schon laufenden oder bereits abgeschlossenen Verfahren zur Auswertung grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Dies gilt nicht für Daten, die die Validität der Qualitätssicherungsergebnisse des Folgejahres sicherstellen sollen, ohne die Ergebnisse der Qualitätssicherung der Vorjahre zu beeinflussen. Dies sind z.B. Informationen über das Versterben eines Patienten oder eines Lebendorganspenders. Diese Daten kann die Bundesauswertungsstelle auch bei der Auswertung für Zwecke der Qualitätssicherungsberücksichtigen, da sie für Auswertungszeiträume nach Ablauf des Erfassungsjahres relevant sind.

Die berichtigten und ergänzten transplantationsmedizinischen Datensätze werden dann gemäß § 15e Absatz 2 Nummer 9 TPG im Auftrag des G-BA vom IQTIG an die Transplantationsregisterstelle übermittelt.

Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS TX)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023

1. Um eine Unterscheidung der für das Erfassungsjahr 2023 neu eingeführten Indikatoren "Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Transplantation" in den Modulen Herztransplantationen, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen sowie Lebertransplantationen nicht nur anhand der unterschiedlichen QI-ID, sondern auch anhand des Titels der QI zu ermöglichen, wurde das jeweilige Modul in den QI-Titel integriert.

- QI-ID 252300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation
- QI-ID 272300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation
- QI-ID 282300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation

In allen anderen Modulen des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) (Nierenlebendspenden, Leberlebendspenden) war bereits in 2023 eine Unterscheidung anhand des QI-Titels möglich. Das Modul Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen ist nicht betroffen, da es in diesem Modul zurzeit keine Follow-up-Indikatoren gibt.

2. Im Modul Lebertransplantationen des QS-Verfahrens Transplantationsmedizin (QS TX) wurde zur größtmöglichen Vereinheitlichung der QS-Verfahren aus der Weiterentwicklung des entsprechenden Indikators zur Nierentransplantation (QS NET-NTX) ein methodisch gleich funktionierender Indikator eingeführt: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation (QI-ID 272400). Hierbei wurde sich an der Auswertungssystematik sowie am technischen und biometrischen Aufbau

des Indikators im Modul Nierentransplantationen des QS-Verfahrens QS NET orientiert. Mit dem Indikator sollen schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikationen nach einer Lebertransplantation erfasst werden. Dies bedeutet eine Adaption einer bestehenden Auswertungslogik auf ein anderes (ebenfalls viszeralchirurgisches) Modul der Transplantationsmedizin, die mit den Mitgliedern beider Übergangsgremien der Expertengremien (Nierentransplantation und Lebertransplantation) beraten und konsentiert wurden.

3. In den Indikatoren, die Komplikationen bei und nach Eingriffen messen, wird in den QI-Titel das jeweilige betrachtete Modul integriert, sodass nicht nur anhand der QI-ID unterschieden werden kann, sondern auch bereits durch den QI-Titel. Insbesondere durch die gleichartige Benennung der Komplikations-Indikatoren in Lebertransplantation, Nierenlebendspende und Nierentransplantation (QS NET) wird hierdurch sichergestellt, dass sofort offensichtlich ist, um welches Modul es sich handelt.
- QI- ID 51567: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende
 - QI-ID 272400: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation
 - QI-ID 2128: Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS TX basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

c) Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS KCHK)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023 mit Anpassungen vom 22.02.2023

QS-Dokumentationsbasierte Qualitätsindikatoren**„Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ in den Modulen KC-KOMB, MK-KATH und MK-CHIR**

Das IQTIG empfiehlt die Streichung des Indikators „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“.

Mithilfe des im EJ 2021 zum zweiten Mal angewendeten Indikators „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ soll die Indikationsstellung für einen Mitralklappeneingriff geprüft und die Identifikation von Unter-, Über- und Fehlversorgungen sowie die Beurteilung der Prozessqualität in den leistungserbringenden Einrichtungen ermöglicht werden.

Grundlage für die Entwicklung des Indikators bildet, entsprechend der Empfehlung der Machbarkeitsstudie des QS-Verfahrens Mitralklappeneingriffe durch das IQTIG vom Januar 2018, die europäische Leitlinie zum Management von Herzklappenerkrankungen aus dem Jahre 2017 (Baumgartner et al. 2017). Bereits in der Machbarkeitsstudie wurde die Datenerhebung als Implementierungsbarriere für diesen Indikator identifiziert. Viele echokardiographische Befunde, welche die damals gültige Leitlinie forderte, wurden in deutschen Krankenhäusern nicht regelhaft bzw. gar nicht an die Herzchirurgie übermittelt. Nach Kenntnis der Leitlinie aus 2017 sollte dann ein praxistauglicher sowie leitlinienbezogener Indikator entwickelt werden. Mit 26 Datenfeldern des Dokumentationsbogens, die ausschließlich in diesem QI verwendet werden, wird ein relativ großer Teil der QS-Dokumentation für diesen Indikator aufgebracht.

Mit Implementation dieses Indikators zeigte sich bereits nach dem ersten Erfassungsjahr in freiwilligen Rückmeldungen der Leistungserbringer, dass neben häufigen Dokumentationsfehlern immer noch Probleme in der Datenerhebung bestanden. So werden laut Leistungserbringern echokardiographische Befunde abgefragt, die in Deutschland nicht regelmäßig von zuweisenden Kardiologen übermittelt wurden. Ebenfalls ergab sich durch den hohen Dokumentationsaufwand und die schwierige zugrundeliegende Rechenregel eine sehr hohe Komplexität des Indikators. Die zwischenzeitlich erschienene Überarbeitung der Leitlinie aus dem Jahr 2021 konnte im Indikator zum EJ 2021 auf Grund der langfristigen Zeiträume der externen QS noch nicht berücksichtigt werden. Hier kam es zu Abweichungen des QS-Dokumentationsbogens von der aktuell gültigen Leitlinie. Gepaart mit der hohen Komplexität des Indikators ergaben sich in der Anwendung tiefgreifende Schwierigkeiten. Es kann derzeit nicht verifiziert werden, ob rechnerische Auffälligkeiten tatsächlich qualitative Auffälligkeiten begründen, sodass er sich als Grundlage für ein Stellungnahmeverfahren derzeit nicht eignet. Daher wurde sich gegen die Veröffentlichung der Ergebnisse des Indikators „Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe“ für das EJ 2021 in der Bundesauswertung und dem Bundesqualitätsbericht entschieden. Der Indikator sollte zunächst bis zu einer Überarbeitung in eine Kennzahl umgewandelt werden.

Parallel wurde die Eignung und Struktur des Indikators bereits mehrfach vom IQTIG mit den Mitgliedern des Übergangsgremiums zum Expertengremium (ÜEXG) diskutiert. Hier kam man zu dem Schluss, dass der aktuelle Indikator so nicht mehr haltbar sei, da er zusätzlich zu der fragwürdigen Validität der Ergebnisse auch durch die langen Zeiträume der externen QS nicht mit der Aktualität der Richtlinie vereinbar sei. Es wurde der Vorschlag erarbeitet, den Indikator insofern zu überarbeiten, dass man Abstand von der Abfrage echokardiographischer Befunde nehmen wollte und sich stärker auf die Funktion und Zusammensetzung des Heart Teams sowie die Inhalte dessen Protokolle bei der Indikationsfindung zu fokussieren. Die Minimalanforderungen an die Zusammensetzung des Heart Teams wird jedoch bereits in der NHI-RL (Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser) formuliert und laut ÜEXG durch den Medizinischen Dienst oder im Rahmen einer Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie geprüft. Hier sollte eine Doppelabfrage durch bereits etablierte Instanzen und die externe Qualitätssicherung vermieden werden. Die einrichtungsbezogene Abfrage zum Vorhandensein und den Inhalten von Arbeitsanweisungen schätzt das ÜEXG in dieser Anwendung als nicht zielführend ein. Besonders die fehlende Überprüfbarkeit bei Bejahung der entsprechenden Fragen und anschließender rechnerischer Unauffälligkeit werden als großes Problem gesehen. Abschließend geht das ÜEXG davon aus, dass bei Fokussierung auf das Heart Team die fallbezogene Dokumentation zu komplex und die einrichtungsbezogene Dokumentation zu wenig valide sein würde.

Das ÜEXG kam zu dem Ergebnis, dass der aktuelle Indikator nicht valide und robust genug sei, um weitergeführt zu werden. Besonders das schlechte Aufwand-Nutzen-Verhältnis des Indikators wird hierbei betrachtet. Der Ersatz durch einen verbesserten Indikator wäre wünschenswert, sei aber zum derzeitigen Diskussionsstand nicht absehbar. Es wird empfohlen, den aktuellen Indikator abzusetzen.

„Verwendung der linksseitigen A. mammaria interna“ in Modulen KC und KC-KOMB

Das IQTIG empfiehlt die Streichung des Indikators „Verwendung der linksseitigen A. mammaria interna“. Entsprechend der Methodischen Grundlagen des IQTIG kann ein Indikator gestrichen werden, wenn kein weiteres Potenzial zur Verbesserung besteht. Die Bundesergebnisse des Indikators „Verwendung der linksseitigen A. mammaria interna“ erreichten bereits mehrere Jahre in Folge sehr gute Ergebnisse. Im Stellungnahmeverfahren zum EJ2021 wurden die Ergebnisse von insgesamt nur 5 Leistungserbringern als qualitativ auffällig bewertet. Mit 4 dieser Leistungserbringer wurden Zielvereinbarungen zur Nachverfolgung qualitätsverbessernder Maßnahmen getroffen. Da das Verbesserungspotential der Ergebnisse dieses Indikators in Folge der wiederholt guten Ergebnisse eher als gering eingeschätzt wird, wurde im EXG im Herbst 2022 konsentiert, dass dieser QI zum EJ2024 gestrichen werden soll.

Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren

Indikatoren zu Re-Eingriffen innerhalb von 30 d nach einem Eingriff „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 d“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 d“ in den Modulen AK-KATH, AK-CHIR, MK-KATH und MK-CHIR

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets empfiehlt das IQTIG die Umbenennung der Indikatoren „Erneuter **Aortenklappeneingriff** innerhalb von 30 d“ und „Erneuter **Mitralklappeneingriff** innerhalb von 30 d“ zu „Erneuter **Eingriff** innerhalb von 30 d“ zum EJ2024 um eine modulübergreifend einheitliche Nomenklatur zu erreichen. Inhaltlich sollen die Indikatoren sich weiterhin auf die jeweiligen spezifischen Modulinhalt beziehen. D. h. der Indikator „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 d“ wird in den Modulen AK-KATH und AK-CHIR weiterhin ausschließlich isolierte Aortenklappeneingriffe betrachten, während er in den Modulen MK-KATH und MK-CHIR weiterhin ausschließlich isolierte Mitralklappeneingriffe betrachten wird.

Indikatoren zu Re-Eingriffen innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ in den Modulen AK-KATH, AK-CHIR, MK-KATH und MK-CHIR

Im Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets empfiehlt das IQTIG die Umbenennung der Indikatoren „Erneuter **Aortenklappeneingriff** innerhalb eines Jahres“ und „Erneuter **Mitralklappeneingriff** innerhalb eines Jahres“ zu „Erneuter **Eingriff** innerhalb eines Jahres“ zum EJ2024 um eine modulübergreifend einheitliche Nomenklatur zu erreichen. Inhaltlich sollen die Indikatoren sich weiterhin auf die jeweiligen spezifischen Modulinhalt beziehen. D. h. der Indikator „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ wird in den Modulen AK-KATH und AK-CHIR weiterhin ausschließlich isolierte Aortenklappeneingriffe betrachten, während er in den Modulen MK-KATH und MK-CHIR weiterhin ausschließlich isolierte Mitralklappeneingriffe betrachten wird.

Indikatoren zu Re-Eingriffen innerhalb von 30 d nach einem Eingriff „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 d“, „PCI innerhalb von 30 d“ in dem Modul KC

Das IQTIG empfiehlt die Zusammenlegung der Indikatoren „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 d“ und „PCI innerhalb von 30 d“ zu einem Indikator zu Re-Eingriffen „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 d“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung der ursprünglichen beiden Indikatoren. Dies stützt das Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets im Verfahren QS KCHK. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

Indikatoren zu Re-Eingriffen innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff „PCI innerhalb eines Jahres“ in dem Modul KC

Das IQTIG empfiehlt die Umbenennung des Indikators „PCI innerhalb eines Jahres“ zu „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten

Funktionen und Listen zur Berechnung des ursprünglichen Indikators. Zusätzlich sollen auch erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb eines Jahres nach Indexeingriff einbezogen werden. Hierbei werden Eingriffe entsprechend dem bisherigen Indikator „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 d“ berücksichtigt. Dies stützt das Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets im Verfahren QS KCHK. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

Indikatoren zu Re-Eingriffen innerhalb von 30 d nach einem Eingriff „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 d“, „PCI innerhalb von 30 d“, „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 d“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 d“ in dem Modul KC-KOMB

Das IQTIG empfiehlt die Zusammenlegung der Indikatoren „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 d“, „PCI innerhalb von 30 d“, „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 d“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 d“ zu einem Indikator zu Re-Eingriffen „Erneuter Eingriff innerhalb von 30 d“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung der ursprünglichen vier Indikatoren. Dies stützt das Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets im Verfahren QS KCHK. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

Indikatoren zu Re-Eingriffen innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff „PCI innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ in dem Modul KC-KOMB

Das IQTIG empfiehlt die Zusammenlegung der Indikatoren „PCI innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres“, „Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres“ zu einem Indikator zu Re-Eingriffen „Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres“ unter Berücksichtigung der bisher verwendeten Funktionen und Listen zur Berechnung der ursprünglichen drei Indikatoren. Zusätzlich sollen auch erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb eines Jahres nach Indexeingriff einbezogen werden. Hierbei werden Eingriffe entsprechend dem bisherigen Indikator „Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 d“ berücksichtigt. Dies stützt das Bestreben der Vereinfachung und Vereinheitlichung des Indikatorensets im Verfahren QS KCHK. Hierdurch wird die Gesamtzahl der Indikatoren im Verfahren reduziert, während gleichzeitig keine Informationen verloren gehen, da weiterhin die gleichen Re-Eingriffe betrachtet werden bzw. durch erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb eines Jahres erweitert werden. Ebenso wird durch die Einführung einer modulübergreifenden einheitlichen Nomenklatur das Verfahren vereinfacht.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren (QS KCHK) basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 - Empfehlungen des IQTIG zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

d) Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KAROTIS)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023
Die Modifikation der QI zur Indikationsstellung entspricht einer Weiterentwicklung der bisherigen QI zur Indikationsstellung (QI 603 und 51437 sowie 604 und 51443), sodass es sich im engeren Sinne nicht um die Neueinführung von QI handelt. Die nach Eingriffsart getrennte Darstellung der Ergebnisse wird durch Nebenkennzahlen zu den QI 162400 und 162401 in den Rückmeldeberichten weiterhin sichergestellt.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS KAROTIS basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

e) Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der RichtlinieZu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS CAP)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023
Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (QI-ID 2009)
Der QI-Titel wird von "Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme" in "Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme" geändert, da der Qualitätsindikator ausschließlich die Gabe von Antibiotika messen soll.

f) Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der RichtlinieZu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS MC)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023
Die Neuentwicklung des Indikators (ID 212400) " <i>Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS</i> " basiert auf den bestehenden Empfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Die prätherapeutische Tumorkonferenz, gewinnt bei der Behandlung von Mammakarzinomen an Bedeutung. Im Zuge der Neuentwicklung des Indikators wird mit dem bestehenden Indikator (ID 211800)

"Posttherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS" die Gruppe "Interdisziplinäre Tumorkonferenz" in das bestehende QI-Set etabliert.

g) Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

h) Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

i) Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

j) Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Zu Absatz 1:

IQTIG-Vorschlag vom 22.02.2023 mit Ergänzungsvorschlägen der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle vom 13.03.2023
--

Für die in PM-NEO erhobenen Datenfelder „eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ und „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer (Versichertenangabe des Kindes)“ hat sich gezeigt, dass diese nicht substanziell zur Verknüpfung mehrerer NEO-Fälle eines Kindes beitragen. Sie sind damit nicht erforderlich und werden künftig nicht mehr erhoben.
--

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu § 15 Expertengremium auf Bundesebene

Zu Absatz 2:

Zu Satz 2:

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS PM)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023

<u>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate) (ID 51070) / Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (ID 222402): Innerhalb der QI-</u>
--

und Kennzahlengruppe „Sterblichkeit im Krankenhaus“ soll ein neuer ratenbasierter und risikoadjustierter QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 222402) (Einflussfaktoren im Risikomodell: Geschlecht, Gestationsalter, Asphyxie, Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) eingeführt werden. Da es u. a. zu Dopplungen im Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 der DeQS-RL mit dem bereits bestehenden Sentinel-Event-QI „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen“ (ID 51070) kommen kann, soll der QI 51070 künftig als ratenbasierte Transparenzkennzahl ohne Referenzbereich dargestellt werden. Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate) (ID 222400) / Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (ID 222401) / Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung (ID 51901) / Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP (ID 222201): Da es sich bei der nekrotisierenden Enterokolitis (NEK) und fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP) um verschiedene Krankheitsbilder handelt, denen eine spezifische Ätiologie und Pathophysiologie zugrunde liegt und die einer unterschiedlichen Behandlung/Therapie bedürfen, sollen zwei neue Kennzahlen zur FIP/SIP, einmal als rohe (ID 222400) und einmal als risikoadjustierte (ID 222401) Rate, in die bereits bestehende Kennzahlengruppe zur NEK aufgenommen werden. Ebenso soll die FIP/SIP innerhalb der Ebene 3 „NEK“ des QI „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51146_51901) berücksichtigt werden. Zudem soll die OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP ebenso innerhalb der Kennzahl 222201 berücksichtigt werden. Darüber hinaus soll die Kennzahl 222201 künftig risikoadjustiert ausgewiesen werden (Einflussvariablen im Risikomodell: Geschlecht, Gestationsalter).

Nosokomiale Infektion (ID 50060): Das Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) wurde bereits seit der Spezifikation 2021 und damit seit den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 aus dem Zähler des QI entfernt. Zudem wird das Auftreten einer Pneumonie nach der Geburt bereits seit den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2019 tageweise erfasst. Eine nachträgliche Anpassung der veralteten Beschreibung innerhalb der QI-Liste ist daher notwendig.

Pneumothorax unter oder nach Beatmung (ID 50062): Infolge einer grundlegenden Überarbeitung der für den QI verwendeten Datenfelder werden seit den Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2020 nun nur noch Pneumothoraces erfasst, die nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung (während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standorts) aufgetreten sind. Pneumothoraces, die ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten sind, werden nicht mehr im QI berücksichtigt. Eine nachträgliche Anpassung der veralteten Beschreibung innerhalb der QI-Liste ist daher notwendig.

Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus (ID 222200): Innerhalb der Kennzahl sollen angleichend an die Kennzahlen „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)“ (ID 51076) und „Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder

PVH)“ (ID 50050) lediglich Kinder mit einer Hirnblutung erfasst werden, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist.

Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) (ID 51078) / Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) (ID 50052): Die Grundgesamtheit der Kennzahlen wurde bereits seit den endgültigen Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 an die überarbeitete S2k-Leitlinie „Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen“ angeglichen. In dieser wurde u. a. die Gestationsaltergrenze für den Einschluss in das Routine-Screening auf eine Frühgeborenenretinopathie von „unter 32+0 Wochen“ auf „unter 31+0 Wochen“ gesenkt. Diese Kennzahl fließt in die Ebene 5 „Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)“ des QI „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ (ID 51901) ein. Hier wurde die Angleichung an die Richtlinie bereits für die prospektiven Rechenregeln zum Erfassungsjahr 2021 vorgenommen. Eine nachträgliche Anpassung der veralteten Beschreibung in der Kennzahlenliste ist daher notwendig. Zusätzlich soll der Begriff „ophthalmologische Untersuchung“ konkretisiert und in „ROP-Screening“ umbenannt werden, da die Augenuntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings betrachtet werden soll.

Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PM basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

k) Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS HGV)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023

Treppensteigen bei Entlassung (ID 192300):

Der QI „Treppensteigen bei Entlassung“ entstammt den Datenfeldern, die erstmals zum EJ 2021 für die Spezifikation beschlossen wurden. Zum EJ 2023 fand eine deutliche Anpassung der Datenfelder in den Modulen HEP und KEP statt. Aufgrund der noch fehlenden Datenlage des EJ 2023 ist kein Referenzbereich festlegbar. Der QI befindet sich somit in Erprobung.

Die Festlegung des Referenzbereiches im nächsten Schritt orientiert sich unter anderem an der Einschätzung des erreichbaren Indikatorwertes (vgl. Methodische Grundlagen, Seite 145). Dementsprechend "nimmt [das IQTIG] daher unter Berücksichtigung empirischer Daten eine fachliche Einschätzung vor, welche Versorgungsqualität bisher erreicht wird (Status quo) und welche Versorgungsqualität erreichbar wäre."

Es handelt sich um eine rein formale Anpassung zum EJ 2023, ohne auffällige Fälle zu identifizieren. Nach der Erprobung wird ein Referenzbereich definiert, der zum Aufgreifen von Krankenhäusern in das Stellungnahmeverfahren führen wird.

I) Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe h:

Um den Leistungserbringern die Möglichkeit zu geben, frühzeitig Hinweise auf ihre Dokumentationsqualität zu erhalten, sollen die Ergebnisse bzw. die Zwischenergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität aus der statistischen Basisprüfung in die Rückmeldeberichte bzw. in die Zwischenberichte an die Leistungserbringer aufgenommen werden. Es ist wichtig, dass die Leistungserbringer regelmäßig über ihre Dokumentationsqualität in den Zwischenberichten informiert werden und diese so ständig verbessert werden kann. Das Ziel ist die Optimierung der Datenqualität.

Zu Anlage I Indikatorenliste (QS KEP)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023

Treppensteigen bei Entlassung (ID 202300):

Der QI „Treppensteigen bei Entlassung“ entstammt den Datenfeldern, die erstmals zum EJ 2021 für die Spezifikation beschlossen wurden. Zum EJ 2023 fand eine deutliche Anpassung der Datenfelder in den Modulen HEP und KEP statt. Aufgrund der noch fehlenden Datenlage des EJ 2023 ist kein Referenzbereich festlegbar. Der QI befindet sich somit in Erprobung.

Die Festlegung des Referenzbereiches im nächsten Schritt orientiert sich unter anderem an der Einschätzung des erreichbaren Indikatorwertes (vgl. Methodische Grundlagen, Seite 145). Dementsprechend "nimmt [das IQTIG] daher unter Berücksichtigung empirischer Daten eine fachliche Einschätzung vor, welche Versorgungsqualität bisher erreicht wird (Status quo) und welche Versorgungsqualität erreichbar wäre."

Es handelt sich um eine rein formale Anpassung zum EJ 2023, ohne auffällige Fälle zu identifizieren. Nach der Erprobung wird ein Referenzbereich definiert, der zum Aufgreifen von Krankenhäusern in das Stellungnahmeverfahren führen wird.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 14. Februar 2023 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 (UA QS) beraten (s. untenstehende Tabelle).

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
14. Februar 2023	AG-Sitzung	Beratungsbeginn zum Beschlusssentwurf
22. Februar 2023	AG-Sitzung	Abschließende Beratung zum Beschlusssentwurf
29. März 2023	UA QS	Einleitung Stellungnahmeverfahren
9. Mai 2023	AG-Sitzung	Vorbereitung Auswertung Stellungnahmeverfahren
7. Juni 2023	UA QS	Auswertung Stellungnahmeverfahren
20. Juli 2023	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 Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 29. März 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 5. April 2023 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 3. Mai 2023.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 3**).

[oder:] Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 9. Mai 2023 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 7. Juni 2023 durchgeführt (**Anlage 4**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom T. Monat 2023 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juli 2023 beschlossen, die DeQS-RL in 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 stellungnahmeberechtigte Organisation 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: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

per E-Mail
qs@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 24.04.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1316

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

BETREFF **Änderung der DeQS-RL Teil 2 (3, 5-15 ErfJ 2024)**

Sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung: Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 - gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.