

# 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 PCI, WI und NET

Vom 20. Juli 2023

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>a)</b>	<b>Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) .....</b>	<b>2</b>
<b>b)</b>	<b>Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI) .....</b>	<b>4</b>
<b>c)</b>	<b>Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) .....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>11</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>12</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>12</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden 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 einrichtungübergreifende 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 QS PCI, QS WI und QS NET.

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

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

#### **Zu § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten**

##### Zu Absatz 2 Satz 2:

Mit der Änderung wird klargestellt, dass bezogen auf Patientenbefragungen nicht sämtliche Befragungsunterlagen, sondern nur die Fragebögen zu spezifizieren sind. Die Fragebögen sollen Gegenstand der vom G-BA zu beschließenden Spezifikation sein, da sie die Datengrundlage für Qualitätsindikatoren abbilden und z.B. auch das Layout der Fragebögen für das im Verfahren vorgesehene automatische Einlesen der Fragebögen von Bedeutung ist. Für die darüberhinausgehenden Befragungsunterlagen, wie z. B. das Anschreiben oder das Informationsblatt zur Patientenbefragung, gelten diese Besonderheiten nicht, sodass eine Spezifikation dieser Unterlagen nicht erforderlich ist.

#### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

##### Zu Absatz 2:

Zu Satz 1 Buchstabe i:

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 § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Zu Satz 3 und 4:

Die Patientenbefragung startete verspätet im Juli 2022. Eine unterjährige Änderung der Vorgehensweise, wie die Einführung von Vergütungsabschlägen für fehlende Datensätze nach den ersten zwölf Monaten, ist praktisch nicht umsetzbar und wird daher gestrichen. Der Zeitraum, in dem keine Vergütungsabschläge erhoben werden, ist in Satz 3 hinterlegt und um das Erfassungsjahr 2023 ergänzt.

## **Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung**

### Zu Absatz 3:

Zu Satz 2:

Insbesondere mit Blick auf Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an ihre Prozedur eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten, ist die ursprüngliche Rücksendefrist zu knapp bzw. liegt in der Zeit, in der sie oftmals noch in der Rehabilitationseinrichtung sind. Obgleich im folgenden Erinnerungsschreiben eine neue Frist genannt wird, gehen einige Patientinnen und Patienten davon aus, dass sie generell von der Teilnahme ausgeschlossen sind, da sie das erste Schreiben mit der dort genannten Frist zu spät erhalten haben. Der Fragebogen wurde dann bereits entsorgt. Um diese Missverständnisse zu vermeiden, soll künftig im Erstanschreiben die Frist genannt werden, die auch im ersten Erinnerungsschreiben steht. Folglich gibt es im gesamten Anschreiben- Erinnerungsprozess nur noch zwei Fristen: erste Rücksendefrist von 20 Tagen statt zweimal 10 Tage (Anschreiben und erstes Erinnerungsschreiben), zweite Rücksendefrist wie bisher von weiteren 10 Tagen (2. Erinnerungsschreiben). Auf die Weise wird zu Beginn ein längerer Rücksendezeitraum eingeräumt, ohne dass sich der Gesamtprozess verändert

### Zu Absatz 8:

Zu Satz 10, 11 und 12:

Um die Empfehlungen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAGen) und Datenannahmestellen im Rahmen der Erprobung der Patientenbefragung zeitnah zur Weiterentwicklung der Patientenbefragung nutzen zu können und über Richtlinienänderungen umzusetzen, werden diese Empfehlungen bereits frühzeitig und parallel zum Bericht der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung in den Empfehlungen zu den Spezifikationsänderungen und den prospektiven Rechenregeln gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss kenntlich gemacht.

Sollten sich die Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V auf die Dokumentation bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern oder die Berechnung von Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen beziehen, sind diese mit einem Jahr Vorlauf an den G-BA abzugeben. Dies beinhaltet auch entsprechende Änderungen an den Fragebögen. Ziel soll sein, die vom Institut nach § 137a SGB V gemachten Empfehlungen schnellstmöglich umzusetzen. Ist zum 31. Oktober eines Jahres aus der Evaluation zu erkennen, dass Änderungen an der Spezifikation, den prospektiven Rechenregeln oder der Richtlinie erfolgen müssen, so werden diese für die Empfehlungen zum nächstmöglichen Erfassungsjahr über den Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung dem G-BA mitgeteilt.

## **Zu Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)**

QI ID 56012 Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen:

Da Gefäßthrombosen aufgrund fehlender inhaltlicher Relevanz nicht mehr als punktionsnahe Komplikation gewertet und in den Zähler des Qualitätsindikators (QI) ID 56012 eingeschlossen werden, erfolgt die Streichung des Begriffes "Gefäßthrombose" aus der Beschreibung des QI ID 56012.

TKez ID 56026 (ehemals QI ID 56026) 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag):

Mit der Umwandlung des Indikators 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI) in eine Transparenzkennzahl (TKez) wird dem Umstand Rechnung getragen, dass das Indikatoregebnis der für den Indexeingriff verantwortlichen Leistungserbringerin bzw. dem für den Indexeingriff verantwortlichen Leistungserbringer nur eingeschränkt zugeschrieben werden kann.

Patientenbefragung (QI ID 56100 bis 56118):

Zur Vermeidung von Redundanzen wurde in der Beschreibung der QI-Ziele in allen QIs der Patientenbefragung der Satz „Der Indikatorwert soll hoch sein.“ gestrichen. Zu den Rechenregeln wird nun ein ausführliches Dokument, welches die Konstruktion und Auswertungsmethodik erläutert, auf der Internetseite des IQTIG bereitgestellt. In der Einleitung wird auf dieses Dokument verwiesen.

## **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens**

Zu Absatz 1:

Zu Satz 3:

Da in der einrichtungsbezogenen Dokumentation der Händedesinfektionsmittelverbrauch nicht mehr als Indikator oder als Kennzahl erhoben wird, wird der Hinweis darauf gestrichen. Das IQTIG empfiehlt in seinem Aufgaben- und Zeitplan QS WI zum Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung vom 15.08.2022 ([https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5842/2023-01-19\\_IQTIG-Beauftragung>Weiterentwicklung-QS-WI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5842/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung>Weiterentwicklung-QS-WI.pdf)) auf eine Neu-Entwicklung bzw. Überarbeitung des früheren QI zum Händedesinfektionsmittelverbrauch zu verzichten.

### **Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche**

Zu Satz 1:

Entsprechend der neuen Struktur erfolgt eine Ergänzung um Tabelle a.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 2:

Zu Satz 1 Buchstabe i:

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 WI)**

### Strukturelle Änderung:

Die Erstellung der QI-Listen erfolgt automatisiert, entsprechend der Datenbanklogik zur Auswertung. Dies führt dazu, dass die QI-Listen in der Struktur der Auswertungsmodule ausgegeben werden. Durch die automatisiert erzeugten QI-Listen können Fehler, die bei der manuellen Erzeugung möglich sind, vermieden werden.

### Inhaltliche Änderungen:

#### Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit 4MRGN (ID 332400, 332401, 342400, 342401)

Empfehlung zur Einführung neuer Transparenzkennzahlen:

Da postoperative Wundinfektionen mit 4MRGN eine ähnliche Virulenz aufweisen wie postoperative Wundinfektionen mit MRSA, sie zu einem relevanten Anteil durch Maßnahmen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (z.B. Hygienemaßnahmen, Screening, ABS) vermeidbar sind und die Information zu Infektionen mit diesen Keimen ohne weiteren Erhebungsaufwand aufgrund regelmäßiger Isolation und damit vorhandener Abrechnungsrelevanz auch verlässlich dokumentiert vorliegen, wird eine gezielte Auswertung und Rückspiegelung dieser Informationen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Form von Transparenzkennzahlen als sinnvoll erachtet. Auch unabhängig von Stellungnahmeverfahren werden diese Ergebnisse so hervorgehoben in den Rückmeldeberichten dargestellt und können für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Aufgrund der kleinen Anzahl von Fällen mit 4MRGN und da diese Fälle bereits und auch weiterhin in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingehen (QI 1500, 1501, 2500, 2501), wird kein eigener Qualitätsindikator eingeführt. (Siehe auch die Begründung dazu, die QI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen mit MRSA (ID 1502, 1503, 2504, 2505) als Transparenzkennzahlen weiterzuführen.)

#### Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit MRSA (ID 1502, 1503, 2504, 2505)

Empfehlung, die QI als Transparenzkennzahlen weiter zu führen:

Die QI zu Infektionen mit MRSA werden zu Transparenzkennzahlen umgewandelt, da aufgrund der niedrigen Fallzahlen Einschränkungen bei der Setzung eines angemessenen Referenzbereiches und bei der Entwicklung einer angemessenen Risikoadjustierung bestehen und da die Informationen zu Infektionen mit MRSA auch weiterhin in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingehen (QI 1500, 1501, 2500, 2501) und somit auch weiterhin im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen berücksichtigt werden können.

Im Folgenden wird diese Begründung weiter erläutert:

Die Referenzbereiche der MRSA-Indikatoren wurden bisher als „Sentinel Event“ definiert. Diese Art von Referenzbereich wird gemäß Methodenpapier des IQTIG genutzt, wenn nur wenige Ereignisse auftreten und um eine detaillierte Datenerhebung für alle Behandlungsfälle zu ermöglichen.

Das Stellungnahmeverfahren hat jedoch gezeigt, dass zwar insgesamt je Tracer-Operation wenige postoperative Wundinfektionen mit MRSA auftreten, diese jedoch über relativ viele Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verteilt sind, sodass für viele Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit nur einem solchen Fall ein Stellungnahmeverfahren eröffnet werden musste. Da Wundinfektionen mit MRSA durch Maßnahmen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht völlig ausgeschlossen werden können, blieb der Nutzen solcher Stellungnahmeverfahren häufig hinter den Erwartungen zurück.

Als Alternative zum Sentinel-Event-Referenzbereich kann das Setzen perzentilbasierter Referenzbereiche in Betracht gezogen werden. Da das Entstehen von Wundinfektionen jedoch auch abhängig ist von Einflüssen, die die jeweilige Leistungserbringerin bzw. der jeweilige Leistungserbringer nicht kontrollieren kann, z.B. Patienteneigenschaften, wäre in diesem Fall für einen fairen Einrichtungsvergleich eine Risikoadjustierung der Ergebnisse angezeigt. Die Anzahl der identifizierten postoperativen Wundinfektionen mit MRSA im Verfahren QS WI ist jedoch zu klein, um eine Risikoadjustierung sinnvoll zu implementieren. Auch eine Hinzunahme der identifizierten postoperativen Wundinfektionen mit 4MRGN würde hierzu nicht ausreichen.

Weiterhin gehen die Fälle, die bisher in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen mit MRSA eingegangen sind, bisher und auch weiterhin, in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen ein (QI 1500, 1501, 2500, 2501) ein. Das bedeutet, dass auch diese Infektionen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Landesarbeitsgemeinschaften zurückgemeldet werden und diese Informationen entsprechend weiterhin im Stellungnahmeverfahren genutzt werden können. Z.B. wenn sich entsprechende Infektionen bei bestimmten Leistungserbringern besonders häufen.

Da Infektionen mit MRSA zu einem relevanten Anteil durch Maßnahmen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (z. B. Screening, Isolation, Sanierung) vermeidbar sind und die Informationen zu Infektionen mit diesen Keimen ohne weiteren Erhebungsaufwand vorliegen, wird eine gezielte Auswertung und Rückspiegelung dieser Informationen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Form von Transparenzkennzahlen als sinnvoll erachtet. Auch unabhängig von Stellungnahmeverfahren werden diese Ergebnisse so hervorgehoben in den Rückmeldeberichten dargestellt und können für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

## **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

#### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

Zu Absatz 2:

Zu Buchstabe i:

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 § 16 Datenlieferfristen**

Zu 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 berichtiger 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 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 4 - (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 bzw. 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 § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Zu Satz 3:

Der Zeitraum, in dem keine Vergütungsabschlüsse erhoben werden, wird um das Erfassungsjahr 2023 ergänzt.

## **Zu Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)**

1. Zum bisherigen Qualitätsindikator (QI) „Aufklärung über Behandlungsoptionen“ (ID 572001) und Kennzahl (Kez) „Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572048):

Diese Entscheidung basiert auf dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. April 2022 zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Der Qualitätsindikator und die Kennzahl haben sich in ersten Ergebnisauswertungen als nicht ausreichend operationalisiert erwiesen und werden daher vorübergehend zur Überarbeitung ausgesetzt.

Die Aussetzung erfolgt in Verbindung mit dem Auftrag an das IQTIG einer Prüfung und Überarbeitung zum Erfassungsjahr 2025. Zur Vermeidung unnötiger Dokumentationsaufwände wurde von einer Weiterführung des Indikators und der Kennzahl bis dahin abgesehen.

2. Da in folgenden Indikatoren/Kennzahlen (Kez.) neben der Hämodialyse auch die Nierenersatzverfahren Hämofiltrationen und die Hämodiafiltrationen bereits in die Rechenregeln inkludiert wurden, soll eine Ergänzung um die "Hämo(dia)filtration" im QI-/Kez.-Titel erfolgen:
  - QI-ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
  - Kez.-ID 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
  - QI-ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
  - Kez.-ID 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
3. 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 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 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 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation
  - QI-ID 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation
4. Die beiden Indikatoren "Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen" (QI-ID 572100) sowie "Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen" (QI-ID 572101) sollen zum Erfassungsjahr 2024 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt und als solche zunächst ohne Referenzbereich

fortgeführt werden, da weitere Beratungen mit dem Expertengremium zur Überarbeitung der Indikatoren bzgl. der Anpassung eines vollumfänglich passenden Referenzbereiches bzw. einer alternativen Indikatordefinition stattfinden sollen. Um eine zielgerichtete inhaltliche Anpassung zu ermöglichen sollen die reinen rechnerischen Ergebnisse über eine Transparenzkennzahl weiter erfasst werden.

5. In dem Indikator, der Komplikationen bei und nach Eingriffen misst, wird in den QI-Titel das betrachtete Modul integriert, sodass nicht nur anhand der QI-ID zu anderen Indikatoren die Komplikationen im QS-Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) messen unterschieden werden kann, sondern auch bereits durch den QI-Titel. Insbesondere durch die gleichartige Benennung der Komplikations-Indikatoren in Nierentransplantation und Lebertransplantation (QS TX) und Nierenlebendspende (QS TX) wird hierdurch sichergestellt, dass sofort offensichtlich ist, um welches Modul es sich handelt.
  - QI- ID 572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation
6. Bei folgendem Indikator und folgender Kennzahl wird der QI- bzw. Kez.-Titel sowie die Beschreibung angepasst:
  - QI-ID 572009 alt: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse
  - QI-ID 572009 neu: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen
  - Kez-ID 572056 alt: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
  - Kez-ID 572056 neu: Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Beschreibung: Der Indikator und für die Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren die Kennzahl erfassen den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.

Hintergrund ist ein bereits seit 2021 erfolgter Einschluss von weiteren Nierenersatzverfahren (Hämo(dia)filtration) in diesem QI bzw. dieser Kennzahl, der sich in den QI- bzw. Kez.-Titeln allerdings nicht wiederfindet. Da den noch stutzufindenden Beratungen hierzu sowie dem Beratungsergebnis nicht vorgegriffen werden soll, wird sich dafür entschieden die Titel nicht um "Hämo(dia)filtration zu ergänzen, sondern um "Hämodialyse" zu streichen.

## **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 112.620 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 drei 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.

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

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 29. März 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 5. April 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen 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**).

Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom 3. Mai 2023 mit, keine über die Stellungnahme vom 17. Oktober 2022 hinausgehende Kommentierung abzugeben (**Anlage 4**).

## **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 stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter  
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte  
Tragende Gründe

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

Anlage 4: Schreiben des Robert Koch-Instituts

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): Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET**

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

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

Zum Erfassungsjahr 2024 ergeben sich im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation und der Dokumentation für die Patientenbefragung und im Kontext des Qualitätssicherungsverfahrens Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) hinsichtlich der fallbezogenen und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation keine Änderungen in den Dokumentationsvorgaben im Sinne von neuen und/oder gestrichenen Datenfelder für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Auch die Dokumentationsvorgaben für das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren Nierenersatztherapie bei chronischen Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) bleiben unverändert.

Infolge der Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den Verfahren QS PCI und QS NET ist zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Änderungen der Ausfüllhinweise zu berücksichtigen. Entsprechend der Zeitwerttabelle können hierfür einmalig 48 Minuten je vertragsärztliche Einrichtung bzw. Krankenhaus je Verfahren angesetzt werden, bei mindestens einer relevanten Änderung in einem manuell zu dokumentierenden Datenfeld:

Tabelle 1: Standardaktivitäten zur Einarbeitung in geänderte Ausfüllhinweise

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

Die nachstehende Tabelle 2 liefert eine Übersicht über die Leistungsbereiche, in denen mindestens eine Änderung oder Neuaufnahme eines Ausfüllhinweises zu verzeichnen ist. In der Übersicht sind zudem die je Leistungsbereich betroffenen vertragsärztlichen Leistungserbringer und Krankenhäuser dargestellt.

Tabelle 2: Leistungsbereiche mit geänderten Ausfüllhinweisen

Leistungsbereich	Adressierte Einrichtungen		Zeitl. Aufwand bei 48 Min. je KH [h]
	vertragsärztlich	Krankenhäuser	
<b>QS PCI</b>			
Fallbezogene QS-Dokumentation PCI	319	961	1.024
<b>QS NET</b>			
Fallbezogene QS-Dokumentation Dialyse <sup>1,2</sup>	730	333	850,4
Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation		39	31,2
<b>Zeitaufwand gesamt in h</b>			<b>1.905,6</b>

Bei erforderlich hohem Qualifikationsniveau (59,1 Euro/h) und einem geschätzten zeitlichen Aufwand von rund 1.905,6 Stunden ergeben sich aus den Änderungen in den Ausfüllhinweisen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 112.620 Euro (59,1 Euro x 1.905,6 h).

Hiervon entfallen 49.596 Euro (59,1 Euro/h x 839,2 h) auf vertragsärztliche Leistungserbringer und 63.024 Euro (59,1 Euro/h x 1.066,4 h) auf Krankenhäuser.

<sup>1</sup> Quelle: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4575/>: Jahresbericht 2019 zur Qualität in der Dialyse, 05.08.2020, S. 8 (Abruf: 27.04.2023)

<sup>2</sup> Quelle: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/>: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2021. 05.12.2022, S. 73 (Abruf: 27.04.2023)



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:  
Teil 2: Änderungen zum Erfassungsjahr 2024 in den QS-Verfahren PCI, WI und NET

**Stand: 05.04.2023** – nach Sitzung Unterausschuss QS vom 29.03.2023 und vereinbarter schriftlicher Rückmeldung zu Anlage I QS NET im Nachgang zur Sitzung

**Legende:**

*Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich*

*Dissente Punkte bzw. Prüfvorbehalte sind **gelb** hinterlegt.*

Vom **20. Juli 2023**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **20. Juli 2023** beschlossen, die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018 (BAnz AT 18.12.2018 B3), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom **T. Monat JJJJ** (BAnz AT **TT.MM.JJJJ BX**) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) wird wie folgt geändert:
  1. In § 5 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Befragungsunterlagen“ durch das Wort „Fragebögen“ ersetzt.
  2. § 10 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - a) In Buchstabe h wird der Punkt am Ende gestrichen.
    - b) Folgender Buchstabe i wird angefügt:  
„i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
  3. § 18 wird wie folgt geändert:
    - a) In Satz 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2022“ die Angabe „und 2023“ eingefügt.
    - b) Satz 4 wird gestrichen.
  4. In § 19 Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „zehn“ durch die Angabe „20“ ersetzt.
  5. § 19 Absatz 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 10 werden nach den Wörtern „Jahres der Erprobung“ die Wörter „und pflegt diese in die regulären Empfehlungen zu den Änderungen der Spezifikation und prospektiven Rechenregeln für das nächste Erfassungsjahr ein, erläutert diese Änderungen in einem Begleitdokument“ eingefügt.
- b) In Satz 11 wird die Angabe „30. April“ durch die Angabe „31. März“ ersetzt.

6. Anlage I wird wie folgt gefasst:

**„Anlage I: Indikatorenliste (QS PCI)“**

1	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ bei denen gesicherte oder fragliche, objektive (apparative), nicht-invasive Ischämiezeichen vorlagen.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
Indikatorotyp	Indikationsstellung
2	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
ID	56001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der durchgeführten isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“, bei denen angiographisch normale Koronargefäße nachgewiesen wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
Indikatorotyp	Indikationsstellung
3	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
Indikatorotyp	Prozessindikator
4	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
ID	56004

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen die „Door“-Zeit oder die „Balloon“-Zeit nicht erfasst wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige "Door-to-balloon"-Zeit.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>5</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien</b>
ID	56005
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten Koronarangiographien das Dosis-Flächen-Produkt in $\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$ an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt mit $> 0 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ .
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>6</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI</b>
ID	56006
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten PCI das Dosis-Flächen-Produkt in $\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$ an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt mit $> 0 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ .
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>7</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI</b>
ID	56007
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle Einzeitig-PCI das Dosis-Flächen-Produkt in $\text{cGy} \cdot \text{cm}^2$ an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt mit $> 0 \text{ cGy} \times \text{cm}^2$ .
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>8</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt unbekannt</b>
ID	56008
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und Einzeitig-PCI, bei denen kein Dosis-Flächen-Produkt angegeben wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>9</b>	<b>Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien</b>
ID	56009
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten Koronarangiographien die Menge an applizierten Kontrastmittel in ml an allen isolierten Koronarangiographien.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>10</b>	<b>Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI</b>

ID	56010
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle isolierten PCI, die Menge an applizierten Kontrastmittel in ml an allen isolierten Koronarangiographien.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>11</b>	<b>Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI</b>
ID	56011
Beschreibung	Der Indikator erfasst für alle Einzeitig-PCI, die Menge an applizierten Kontrastmittel in ml an allen isolierten Koronarangiographien.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>12</b>	<b>Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen</b>
ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Thrombin-Injektion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI.
Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und der punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>13</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt</b>
ID	56014
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>14</b>	<b>Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI</b>
ID	56016
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>15</b>	<b>MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie</b>

ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
17	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
ID	56022
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag) aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
ID	56024
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 8. bis zum 30. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
ID	56100

Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>20</b>	<b>Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie</b>
ID	56101
Beschreibung	Der Indikator misst, ob die Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird, ob vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Operation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann.
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>21</b>	<b>Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur</b>
ID	56102
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten nach einer elektiven Koronarangiografie bzw. PCI (isoliert, einzeitig) direkt bei Entlassung einen Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten.
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>22</b>	<b>Prozessbegleitende Koordination der Versorgung</b>
ID	56103
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern die prozessbegleitende Koordination zwischen dem Pflege- und Assistenzpersonal widerspruchsfrei ablief und inwiefern es Patientinnen und Patienten ermöglicht wurde, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten mitzunehmen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen.

Indikatorartyp	Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen. Prozessindikator
23	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
ID	56104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist.
Indikatorartyp	Prozessindikator
24	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
ID	56105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen.
Indikatorartyp	Prozessindikator
25	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur
ID	56106
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen aufgeklärt wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, aufgeklärt werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.

Indikatortyp	Prozessindikator
26	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
ID	56107
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation).
Indikatortyp	Prozessindikator
27	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten
ID	56108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie bzw. PCI das Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
28	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
ID	56109
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten.
Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
29	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
ID	56110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie z. B. durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
30	Patienteninformation nach der Prozedur

ID	56111
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
31	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
ID	56112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation).
Indikatortyp	Prozessindikator
32	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
ID	56113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
33	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI
ID	56114
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation bzw. ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen.

Indikatortyp	Prozessindikator
<b>34</b>	<b>Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung</b>
ID	56115
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten.
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>35</b>	<b>Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle</b>
ID	56116
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>36</b>	<b>Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur</b>
ID	56117
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>37</b>	<b>Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI</b>
ID	56118
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

**Kennzahlenliste**

<b>1</b>	<b>1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)</b>
ID	56026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).

Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

7. Anlage II wird wie folgt geändert:

a) Tabelle Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Zeile 35 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
„35	postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie		X	X	X“

bb) Die Zeilen 37 und 38 werden wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
„37	postprozedurales Aneurysma spurium		X	X	X
38	Datum des postprozeduralen Aneurysma spuriums		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 Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe
„5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige. STA.Standortnummer@nummer	X			X“

bb) Die bisherigen Zeilen 5 bis 51 werden die Zeilen 6 bis 52.

cc) Die bisherige Zeile 52 wird Zeile 53 und folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
„53	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder	X		X“	

dd) Die bisherigen Zeilen 53 und 54 werden die Zeilen 54 und 55.

ee) Die bisherige Zeile 55 wird Zeile 56 und folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
„56	Gegebenenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet	X	X	X“	

ff) Die bisherigen Zeilen 56 bis 71 werden die Zeilen 57 bis 72.

gg) Die bisherige Zeile 72 wird Zeile 73 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
„73	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versicherzenzahl				X“

hh) Die bisherige Zeile 73 wird Zeile 74 und wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
„74	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>22</sup>	Admin@dienstleister				X“

c) Tabelle Buchstabe c wird wie folgt geändert:

aa) Nach Zeile 21 wird folgende Zeile 22 eingefügt:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
„22**	Land				X“

bb) Die bisherige Zeile 22 wird die Zeile 23.

cc) Nach Zeile 23 wird folgende Zeile 24 eingefügt:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1 Daten für die Fallidentifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
„24****	entlassender Standort	X			X“

dd) Die bisherigen Zeilen 23 bis 52 werden die Zeilen 25 bis 54.

<sup>22</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

- II. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) wird wie folgt geändert:
1. In § 1 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „sowie der Händedesinfektionsmittelverbrauch“ gestrichen.
  2. In § 8 Satz 1 werden die Wörter „Anlage I Buchstabe b“ durch die Wörter „Anlage I Buchstaben a und b“ ersetzt.
  3. § 10 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
    - a) In Buchstabe h wird der Punkt am Ende gestrichen.
    - b) Folgender Buchstabe i wird angefügt:  
 „i) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).“
  4. Anlage I wird wie folgt gefasst:

**„Anlage I: Indikatorenlisten (QS WI)**

**a) Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren - Verfahren in Erprobung**

**Indikatorenliste Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulantes Operieren - Verfahren in Erprobung**

1	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung
ID	1000
Beschreibung	<p>Der Indikator setzt sich aus zehn Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe",</li> <li>• "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie",</li> <li>• "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff",</li> <li>• "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien",</li> <li>• "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes",</li> <li>• "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel",</li> <li>• "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie",</li> <li>• "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“,</li> <li>• "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion",</li> <li>• "Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung"</li> </ul> <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements ambulant operierender Einrichtungen beziehen.</p>

Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator

**b) Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren - Verfahren in Erprobung**

**Indikatorenliste Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäres Operieren - Verfahren in Erprobung**

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

**c) Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung**

**Indikatorenliste Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung**

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	1500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	1501
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

#### **Kennzahlenliste Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren in Erprobung**

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	1502
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	332400
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	1503
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	332401
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (ambulante Operationen)
ID	332000
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

**d) Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung**

**Indikatorenliste Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung**

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))
ID	2500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	2501
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	2502
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	2503
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator

**Kennzahlenliste Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung**

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	2504
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)

ID	342400
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	2505
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)
ID	342401
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektionen (stationäre Operationen)
ID	342000
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

“

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				X
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X		X	

<sup>1</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund		X	X	
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X	X	
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
11	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisation	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
13	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
17	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
19	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X	
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
32	Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X		X	
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozედurenschlüssel@ops	X	X	X	
37	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
38	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
39	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
42	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
43	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlung			X	
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X	X		
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X	
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X	
48	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation	X	X	X	
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X	
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X		

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>12</sup>	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
56	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
57	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>	source(295s)@quelle				X
58	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X		X	

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

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

<sup>14</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
59	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@ende datum	X		X	
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>15</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer}@art				X
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>16</sup>	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer}@kvr region			X	X
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer}@fachgruppe	X			
63	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers}@art				X
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers}@bundesland			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
65	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X		X	
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X	X	
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X		X	
68	Seitenlokalisation der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisation@lokalisation	X	X	X	
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X	
70	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
71	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisation@lokalisation	X	X	X	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
72	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
73	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
74	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X	X	
75	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>19</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>Administrative Daten</b>						
77	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
78	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
79	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X
80	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>20</sup>	Admin@dienstleister				X"

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

<sup>20</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@nummer				X

<sup>1</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X		X	
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund		X	X	
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.E TL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
13	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.E TL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek	X	X	X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär Diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
17	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozeduren-schlüssel@ops	X	X	X	
19	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.F AB.Operationstag@datum	X	X	X	
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>7</sup>	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
26	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
27	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X		X	
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
29	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
31	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
32	Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek	X	X	X	
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation <sup>8</sup>	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
37	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
38	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurtag@datum	X	X		X
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
39	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
42	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
43	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart		X	X	
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X			
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X	
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X	
48	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung	X	X	X	
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X	
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X		
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>12</sup>	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	

<sup>12</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der NBSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.  
<sup>13</sup> Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
56	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
57	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>	source(295s)@quelle				X
58	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X		X	
59	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@enddatum	X		X	
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>15</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>16</sup>	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X

<sup>14</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2 .2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X			
63	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3 .2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3 .2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
65	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2 .3 Betriebsstättennummer@nummer	X			
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3 .2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X			

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.1 Operationschlüssel, codiert@ops	X		X	
68	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X	
70	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
71	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
72	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
73	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	

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

<sup>19</sup> 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 Daten für die Fall-identifikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basisauswertung	4 Technische und anwendungsbezogene Gründe
80	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X
81	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>20</sup>	Admin@dienstleister				X

“

III. Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen, Verfahren 3: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) wird wie folgt geändert:

1. § 10 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

2. In § 16 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.“

<sup>20</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

3. In § 18 Satz 3 werden die Wörter „ersten beiden“ gestrichen, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „2022“ die Angabe „und 2023“ eingefügt.
4. Anlage I wird wie folgt gefasst:

„Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)

a) Indikatorenliste Dialyse

1	Aufklärung über Behandlungsoptionen
ID	572001
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
ID	572002
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
ID	572003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
ID	572004
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.

**Kommentiert [QS-V1]: Positionierungen im Nachgang der Sitzung des UA QS vom 29.03.2023:**

**KBV vom 31.03.2023:**  
Aussetzung bis zur Überarbeitung des Indikators „Aufklärung über Behandlungsoptionen“ (ID: 572001) und der entsprechenden Kennzahl „Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572048) und der zugehörigen Exportfelder

**GKV-SV vom 31.03.2023:**  
Keine Änderung am bestehenden RL-Text

**PatV vom 31.03.02023:**  
Der Indikator 1 wird wie folgt formuliert bzw. geändert:

*Aufklärung Information über Behandlungsoptionenverfahren*  
*Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei vor Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionenverfahren aufgeklärt informiert wurden.*  
*Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionenverfahren aufgeklärt informiert wurden.*

**DKG vom 03.04.2023:**  
Überführen des Indikators in eine Kennzahl unter Berücksichtigung der Änderungsvorschläge des IQTIG vom 15.03.2023

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>5</b>	<b>Dialysefrequenz pro Woche</b>
ID	572005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>6</b>	<b>Dialysedauer pro Woche</b>
ID	572006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>7</b>	<b>Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen</b>
ID	572009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer zugangsassozierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>8</b>	<b>Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen</b>
ID	572010
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Dialyse

1	Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572048
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren die (bzw. deren Sorgeberechtigten) bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572049
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämo(dia)filtrationspatientinnen und -patienten im Alter von 10 bis 17 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Dialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämo(dia)filtrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.

**Kommentiert [QS-V2]: Positionierungen im Nachgang der Sitzung des UA QS vom 29.03.2023:**

**KBV vom 31.03.2023:**  
Aussetzung bis zur Überarbeitung des Indikators „Aufklärung über Behandlungsoptionen“ (ID: 572001) und der entsprechenden Kennzahl „Aufklärung über Behandlungsoptionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren“ (ID 572048) und der zugehörigen Exportfelder

**GKV-SV vom 31.03.2023:**  
Keine Änderung am bestehenden RL-Text

**PatV vom 31.03.2023:**  
Der Kennzahl 1 wird wie folgt formuliert bzw. geändert:  
*Aufklärung Information über Behandlungsverfahren bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren*  
*Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, die (bzw. deren Sorgeberechtigten) bei vor Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionenverfahren aufgeklärt informiert wurden.*  
*Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionenverfahren aufgeklärt informiert wurden.*

**DKG vom 03.04.2023:**  
Weiterführen der Kennzahl

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>5</b>	<b>Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>6</b>	<b>Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>7</b>	<b>Ernährungsstatus</b>
ID	572007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>8</b>	<b>Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572054
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>9</b>	<b>Anämiemanagement</b>
ID	572008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

<b>10</b>		<b>Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572055	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
<b>11</b>		<b>Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572056	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer zugangsassozierten Komplikation stationär behandelt werden müssen	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
<b>12</b>		<b>Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572057	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
<b>13</b>		<b>1-Jahres-Überleben</b>
ID	572011	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben	
Art des Wertes	Transparenzkennzahl	
<b>14</b>		<b>1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572058	
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.	
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben	

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>15</b>	<b>2-Jahres-Überleben</b>
ID	572012
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>16</b>	<b>2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572059
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>17</b>	<b>3-Jahres-Überleben</b>
ID	572013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>18</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572060
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>19</b>	<b>5-Jahres-Überleben</b>
ID	572014
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>20</b>	<b>5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>

ID	572061
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>21</b>	<b>10-Jahres-Überleben</b>
ID	572015
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>22</b>	<b>10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</b>
ID	572062
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

#### b) Indikatorenliste Nierentransplantation

<b>1</b>	<b>Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation</b>
ID	572016
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer isolierten Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>2</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
ID	572017
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer isolierten Nierentransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>3</b>	<b>1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572018
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>4</b>	<b>2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572019
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>5</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572020
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>6</b>	<b>Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation</b>
ID	302300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>7</b>	<b>5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572021
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator

8	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung
ID	572022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
ID	572023
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende)
ID	572024
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
ID	572025
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
ID	572032
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

#### Kennzahlenliste Nierentransplantation

<b>1</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation</b>
ID	572026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere ein Jahr nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>2</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation</b>
ID	572027
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere zwei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>3</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation</b>
ID	572028
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere drei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>4</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation</b>
ID	572029
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere fünf Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

<b>5</b>	<b>Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen</b>
ID	572100
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>6</b>	<b>Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen</b>
ID	572101
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>7</b>	<b>Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation</b>
ID	572033
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von zwei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>8</b>	<b>Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation</b>
ID	572034
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von drei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
<b>9</b>	<b>Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation</b>
ID	572035
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von fünf Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

## c) Indikatorenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

<b>1</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
ID	572036
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>2</b>	<b>1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572037
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>3</b>	<b>2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572039
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>4</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
ID	572041
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>5</b>	<b>Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas- /Pankreas-Nieren-Transplantation</b>
ID	312300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Pankreas- oder Pankreas-Nieren-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>6</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung</b>

ID	572043
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung.
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>7</b>	<b>Entfernung des Pankreastransplantats</b>
ID	572047
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat entfernt wurde.
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator

#### Kennzahlenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

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

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
----------------	---------------------

“

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

**„a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse**

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>1</sup>	X			X
12	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>3</sup>	X	X		X
14	Institutionskennzeichen	X			X
15	entlassender Standort	X	X	X	

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

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

3. In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der 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 Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
16	behandelnder Standort	X	X	X	
17	Fachabteilung	X		X	
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
20	Quartal des Aufnahmetages <sup>4</sup>	X			X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>5</sup>		X	X	X
22	Geburtsjahr <sup>6</sup>	X	X	X	X
23	Geschlecht	X	X	X	
24	Therapiestatus			X	X
25	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	X	X	X	
26	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) unbekannt		X	X	X
27	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			X	X
28	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X
29	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)		X	X	X
30	mechanische Komplikation		X	X	
31	Infektion		X	X	
32	sonstige Komplikation		X	X	
33	Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?			X	X
34	Datum der Referenzdialyse		X		
35	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse		X	X	

<sup>4</sup> In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
36	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt		X		X
37	Serumalbumin		X		
38	Serumalbumin unbekannt				X
39	Hämoglobin		X		
40	Hämoglobin unbekannt				X
41	Ferritin		X		
42	Ferritin unbekannt				X
43	Transferrin-Sättigung		X		
44	Transferrin-Sättigung unbekannt				X
45	C-reaktives Protein >= 10 mg/l				X
46	C-reaktives Protein		X		
47	Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)		X	X	X
48	verordnete Wochendosis		X	X	
49	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X
50	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
51	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	X		X	
52	Quartal des Entlassungstages <sup>7</sup>	X		X	X
53	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
54	Vorgangsnummer, menschenlesbar [VD]	X			X
55	Vorgangsnummer, GUID [VD]	X			X
56	Versionsnummer [VD]				X
57	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
58	Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche			X	

X Kommentiert [QS-V3]: Änderungsvorschlag der PatV im Nachgang der Sitzung des UA QS vom 29.03.2023:

Zu welchen Behandlungsmöglichkeitenverfahren wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	angeboten?				
59	Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie		X	X	
60	Hämodialyse		X	X	
61	Peritonealdialyse		X	X	
62	Heimdialyse		X	X	
63	Nierentransplantation		X	X	X
64	Lebendorganspende		X	X	
65	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X
66	Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss der Evaluation zur Transplantation <sup>8</sup>		X	X	
67	Jahr des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation <sup>9</sup>				X
68	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X
69	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X	
70	Aufnahme auf die Warteliste		X	X	
71	Komorbiditäten		X	X	X
72	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X	
73	Herzinsuffizienz		X	X	
74	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X	
75	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X	
76	arterielle Hypertonie		X	X	
77	Diabetes mellitus		X	X	
78	Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt		X	X	

Kommentiert [QS-V4]: Änderungsvorschlag der PatV im Nachgang der Sitzung des UA QS vom 29.03.2023:  
*Behandlungsmöglichkeitenverfahren ohne Nierenersatztherapie*

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
79	Virushepatitis		X	X	
80	HIV-Infektion		X	X	
81	Malignom		X	X	
82	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X	
83	Demenz		X	X	
84	Depression		X	X	
85	andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen		X	X	X
86	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X
87	Datum der letzten Nierentransplantation		X		
88	Datum der Nierentransplantation unbekannt				X
89	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Dialyse]				X
90	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dialyse]	X			X
91	Vorgangsnummer, GUID [Dialyse]	X			X
92	Versionsnummer [Dialyse]				X
93	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
94	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X	
95	Dialyseverfahren		X	X	X
96	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozedurenschlüssel</li> <li>• Gebührenordnungsposition (GOP)</li> </ul>	X			
97	Dialysedatum	X	X		
98	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (Dialyse) <sup>10</sup>		X	X	
99	Zugangsart		X	X	
100	effektive Dialysedauer		X	X	

<sup>10</sup> In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialysedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
101	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wesentliches Ereignis]				X
102	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wesentliches Ereignis]	X			X
103	Vorgangsnummer, GUID [Wesentliches Ereignis]	X			X
104	Versionsnummer [Wesentliches Ereignis]				X
105	Wieviertes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X
106	Art wesentliches Ereignis		X	X	X
107	Beginn wesentliches Ereignis		X	X	
108	Ende wesentliches Ereignis		X	X	
109	Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt				X
110	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X
111	Datum der Beendigung		X		

“

b) Tabelle Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl-berechnun g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
<b>Administrative Daten</b>						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fizierung	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung <sup>1</sup>	Admin@dienstleister				X
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>2</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X

<sup>1</sup> Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.  
<sup>2</sup> Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>3</sup>	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnu mmer des Leistungserbringe rs (IKNR/BSNR) <sup>4</sup>	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 <sup>5</sup>	State_key(301.Entlassungsanzeig e.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Stan dortnummer@nummer				X
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll- /teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah megrund@aufngrund			X	
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah metag@aufndatum	X	X		

<sup>3</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

<sup>5</sup> 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- fizierung	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun- g	Datenfelder für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	Versicherte ins KH aufgenommen wird					
18	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@entldatu m	X	X		
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entl assungs- /Verlegungsgrund@entgrund		X	X	
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>6</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassu ngsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbre chung		X	X	
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fach abteilung@fachabteilung			X	
22	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verleg ung, mit Punkt und Suffix ('+', '*')	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hau ptdiagnose.Diagnoseschlüssel@i cd	X	X	X	

<sup>6</sup> 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- fizierung	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	'#', '!', '-'); Behandlungsrelev ante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einzig er Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundär diagnose zu liefern					
23	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär diagnose n werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Seku ndär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd _sek	X	X	X	
24	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelev ante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einzig er	301.Entlassungsanzeige.NDG.Ne bendiagnose.Diagnoseschlüssel @icd	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti- fizierung	2 Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun g	3 Datenfel- der für die Basisaus- wertung	4 Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern					
25	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnose n werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sek undär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd _sek	X	X	X	
26	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Ope ration.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
27	Tag der gelieferten OPS- Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Ope rationstag@datum	X	X		
<b>§295 (kollektivvertraglich)</b>						
28	Angabe der Quelle des	source(295k)@quelle				X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fizierung	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun- g	Datenfelder für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	Datensatzes <sup>7</sup>					
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>8</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
30	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>9</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
31	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X			
32	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X	
33	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart			X	
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X		
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X		
36	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X	
37	Sicherheit der	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sich		X	X	

<sup>7</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

<sup>8</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

<sup>9</sup> Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fizierung	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun- g	Datenfelder für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	Diagnose (G, V, A, Z)	erheit				
38	Liste der Gebührenordnun- gs-Nr. nach EBM- Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@da- tum	X			
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
40	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X
41	Art der Identifikationsnu- mmer des Leistungserbringe- rs (IKNR/BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
42	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregi- on			X	X
43	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@numm- er	X	X		
44	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.INF.Zusatzinfo- rmationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchn- ahme	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
45	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X			
46	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X			
47	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X	X	X	
48	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
49	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X		

“

c) Tabelle Buchstabe c wird wie folgt geändert:

aa) Zeile 71 wird wie folgt gefasst:

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
„71	Komplikation in Anlehnung an		X		“

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	die Clavien-Dindo-Klassifikation				

d) Tabelle Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl-berechnun g	Datenfel- der für die Basisauswertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
<b>Administrative Daten</b>						
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 <sup>1</sup>	Admin@dienstleister				X
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
5	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		

<sup>1</sup> 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 Fallidenti- fikation	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
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 Versicherungsstat us je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) <sup>2</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
11	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>3</sup>	source(301)@quelle				X
12	Art der Identifikationsnu mmer des Leistungserbringe rs (IKNR/BSNR) <sup>4</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige. FKT.IK des Absenders)@art				X
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand	state_key(301.Entlassungsanzeig e.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X

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

<sup>3</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidenti- fikation	Datenfel- der für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun- g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	der Kasse <sup>5</sup>					
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Stan- dortnummer@nummer				X
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll- /teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- megrund@aufngrund			X	
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnah- metag@aufndatum	X			
18	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@entldatu- m	X			
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsend	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entl- assungs- /Verlegungsgrund@entlgrund			X	

<sup>5</sup> 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	Datenfelde r für die Indikator- oder Kennzahl- berechnun g	Datenfel- der für die Basisaus- wertung	Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe
	e, Verlegung, Tod etc.)					
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>6</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassu ngsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund) @khunterbrech ung			X	
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fach abteilung@fachabteilung			X	
22	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Ope ration.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
23	Tag der gelieferten OPS- Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Ope rationstag@datum	X	X		

“

IV. 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](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den **20. Juli 2023**

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

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 QS PCI, QS WI und QS NET zum  
Erfassungsjahr 2024

Vom 20. Juli 2023

## Stand 05.04.2023

- Mit Vorschlägen des IQTIG vom 23.02.2023 zu:
  - § 19 Absatz 3 und Absatz 8 QS PCI
- Mit Vorschlägen der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle vom 07.03.2023 zu:
  - § 5 Absatz 3 QS PCI
  - § 16 Absatz 1a QS NET
- Mit Vorschlägen der KBV und der PatV vom 31.03.2023 sowie der DKG vom 03.04.2023 nach vereinbarter schriftlicher Rückmeldung im Nachgang der Sitzung des UA QS vom 29.03.2023 zu:
  - Anlage I QS NET

### Legende:

*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.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
a)	Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) .....	2
b)	Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (QS WI) .....	4
c)	Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) .....	7
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	15

<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>16</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>16</b>

## **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 QS PCI, QS WI und QS NET.

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

#### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

##### **Zu § 5 Absatz**

Zu Absatz 3 Satz 2:

Vorschlag der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle vom 07.03.2023

Mit der Änderung wird klargestellt, dass bezogen auf Patientenbefragungen nicht sämtliche Befragungsunterlagen, sondern nur die Fragebögen zu spezifizieren sind. Die Fragebögen sollen Gegenstand der vom G-BA zu beschließenden Spezifikation sein, da sie die Datengrundlage für Qualitätsindikatoren abbilden und z.B. auch das Layout der Fragebögen für das im Verfahren vorgesehene automatische Einlesen der Fragebögen von Bedeutung ist. Für die darüberhinausgehenden Befragungsunterlagen, wie z.B. das Anschreiben oder das Informationsblatt zur Patientenbefragung, gelten diese Besonderheiten nicht, sodass eine Spezifikation dieser Unterlagen nicht erforderlich ist.

## **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

### Zu Absatz 2:

Zu Satz 1 Buchstabe i:

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 § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze**

Zu Satz 3 und 4:

Die Patientenbefragung startete verspätet im Juli 2022. Eine unterjährige Änderung der Vorgehensweise, wie die Einführung von Vergütungsabschlägen für fehlende Datensätze nach den ersten zwölf Monaten, ist praktisch nicht umsetzbar und wird daher gestrichen. Der Zeitraum, in dem keine Vergütungsabschläge erhoben werden ist in Satz 3 hinterlegt und um das Erfassungsjahr 2023 ergänzt.

## **Zu § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung**

### Zu Absatz 3:

Zu Satz 2:

IQTIG vom 23.02.2023
Insbesondere mit Blick auf Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an ihre Prozedur eine Rehabilitationsmaßnahme erhalten, ist die ursprüngliche Rücksendefrist zu knapp bzw. liegt in der Zeit, in der sie oftmals noch in der Rehabilitationseinrichtung sind. Obgleich im folgenden Erinnerungsschreiben eine neue Frist genannt wird, gehen einige Patientinnen und Patienten davon aus, dass sie generell von der Teilnahme ausgeschlossen sind, da sie das erste Schreiben mit der dort genannten Frist zu spät erhalten haben. Der Fragebogen wurde dann bereits entsorgt. Um diese Missverständnisse zu vermeiden, soll künftig im Erstanschreiben die Frist genannt werden, die auch im ersten Erinnerungsschreiben steht. Folglich gibt es im gesamten Anschreiben- Erinnerungsprozess nur noch zwei Fristen: erste Rücksendefrist von 20 Tagen statt zwei mal 10 Tage (Anschreiben und erstes Erinnerungsschreiben), zweite Rücksendefrist wie bisher von weiteren 10 Tagen (2. Erinnerungsschreiben). Auf die Weise wird zu Beginn ein längerer Rücksendezeitraum eingeräumt, ohne dass sich der Gesamtprozess verändert

### Zu Absatz 8:

Zu Satz 10 und 11:

Um die Empfehlungen der Landesarbeitsgemeinschaften und Datenannahmestellen im Rahmen der Erprobung der Patientenbefragung zeitnah zur Weiterentwicklung der Patientenbefragung nutzen zu können und über Richtlinienänderungen umzusetzen, werden diese Empfehlungen bereits frühzeitig und parallel zum Bericht der wissenschaftlichen

Begleitung der Erprobung in den Empfehlungen zu den Spezifikationsänderungen und den prospektiven Rechenregeln gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss kenntlich gemacht.

### **Zu Anlage I Indikatorenliste (QS PCI)**

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023
<p>QI 56012 Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen: Da Gefäßthrombosen aufgrund fehlender inhaltlicher Relevanz nicht mehr als punktionsnahe Komplikation gewertet und in den Zähler des QI 56012 eingeschlossen werden, erfolgt die Streichung des Begriffes "Gefäßthrombose" aus der Beschreibung des QI 56012.</p>
<p>TKez 56026 (ehemals QI 56026) 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag):</p> <p>Mit der Umwandlung des Indikators 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI) in eine Transparenzkennzahl wird dem Umstand Rechnung getragen, dass das Indikatorergebnis dem für den Indexeingriff verantwortlichen Leistungserbringer nur eingeschränkt zugeschrieben werden kann.</p>
<p>Patientenbefragung (QI 56100 bis 56118):</p> <p>Zur Vermeidung von Redundanzen wurde in der Beschreibung der QI Ziele in allen QIs der Patientenbefragung der Satz "Der Indikatorwert soll hoch sein." gestrichen. Zu den Rechenregeln wird nun ein ausführliches Dokument, welches die Konstruktion und Auswertungsmethodik erläutert, auf der Internetseite des IQTIG bereitgestellt. In der Einleitung wird auf dieses Dokument verwiesen.</p>

### **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS PCI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

**Zu den Regelungen im Einzelnen:**

**Zu § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens**

Zu Absatz 1:

Zu Satz 3:

Da in der einrichtungsbezogenen Dokumentation der Händedesinfektionsmittelverbrauch nicht mehr als Indikator oder als Kennzahl erhoben wird, wird der Hinweis darauf gestrichen. Das IQTIG empfiehlt in seinem Aufgaben- und Zeitplan QS WI zum Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung vom 15.08.2022 ([https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5842/2023-01-19\\_IQTIG-Beauftragung\\_Weiterentwicklung-QS-WI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5842/2023-01-19_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-QS-WI.pdf)) auf eine Neu-Entwicklung bzw. Überarbeitung des früheren QI zum Händedesinfektionsmittelverbrauch zu verzichten.

### **Zu § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche**

Zu Satz 1:

Entsprechend der neuen Struktur erfolgt eine Ergänzung um Tabelle a.

### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

Zu Absatz 2:

Zu Satz 1 Buchstabe i:

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 WI)**

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023
<p><u>Strukturelle Änderung:</u> Die Erstellung der QI-Listen erfolgt automatisiert, entsprechend der Datenbanklogik zur Auswertung. Dies führt dazu, dass die QI-Listen in der Struktur der Auswertungsmodule ausgegeben werden. Durch die automatisiert erzeugten QI-Listen können Fehler, die bei der manuellen Erzeugung möglich sind, vermieden werden.</p> <p><u>Inhaltliche Änderungen:</u> <u>Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit 4MRGN (ID 332400, 332401, 342400, 342401)</u> Empfehlung zur Einführung neuer Transparenzkennzahlen: Da postoperative Wundinfektionen mit 4MRGN eine ähnliche Virulenz aufweisen wie postoperative Wundinfektionen mit MRSA, sie zu einem relevanten Anteil durch Maßnahmen der Leistungserbringer (z.B. Hygienemaßnahmen, Screening, ABS) vermeidbar sind und die Information zu Infektionen mit diesen Keimen ohne weiteren Erhebungsaufwand aufgrund regelmäßiger Isolation und damit vorhandener Abrechnungsrelevanz auch verlässlich dokumentiert vorliegen, wird eine gezielte Auswertung und Rückspiegelung dieser Informationen an die Leistungserbringer in Form von Transparenzkennzahlen als sinnvoll erachtet. Auch unabhängig von Stellungnahmeverfahren werden diese Ergebnisse so hervorgehoben in den</p>

Rückmeldeberichten dargestellt und können für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Aufgrund der kleinen Anzahl von Fällen mit 4MRGN und da diese Fälle bereits und auch weiterhin in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingehen (QI 1500, 1501, 2500, 2501), wird kein eigener Qualitätsindikator eingeführt. (Siehe auch die Begründung dazu, die QI zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen mit MRSA (ID 1502, 1503, 2504, 2505) als Transparenzkennzahlen weiterzuführen.)

Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit MRSA (ID 1502, 1503, 2504, 2505)

Empfehlung die QI als Transparenzkennzahlen weiter zu führen:

Die QI zu Infektionen mit MRSA werden zu Transparenzkennzahlen umgewandelt, da aufgrund der niedrigen Fallzahlen Einschränkungen bei der Setzung eines angemessenen Referenzbereiches und bei der Entwicklung einer angemessenen Risikoadjustierung bestehen und da die Informationen zu Infektionen mit MRSA auch weiterhin in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen eingehen (QI 1500, 1501, 2500, 2501) und somit auch weiterhin im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen berücksichtigt werden können.

Im Folgenden wird diese Begründung weiter erläutert:

Die Referenzbereiche der MRSA-Indikatoren wurden bisher als „Sentinel Event“ definiert. Diese Art von Referenzbereich wird gemäß Methodenpapier des IQTIG genutzt, wenn nur wenige Ereignisse auftreten und um eine detaillierte Datenerhebung für alle Behandlungsfälle zu ermöglichen.

Das Stellungnahmeverfahren hat jedoch gezeigt, dass zwar insgesamt je Tracer-Operation wenige postoperative Wundinfektionen mit MRSA auftreten, diese jedoch über relativ viele Leistungserbringer verteilt sind, sodass für viele Leistungserbringer mit nur einem solchen Fall ein Stellungnahmeverfahren eröffnet werden musste. Da Wundinfektionen mit MRSA durch Maßnahmen der Leistungserbringer nicht völlig ausgeschlossen werden können, bleibt der Nutzen solcher Stellungnahmeverfahren häufig hinter den Erwartungen zurück.

Als Alternative zum Sentinel-Event-Referenzbereich kann das Setzen perzentilbasierter Referenzbereiche in Betracht gezogen werden. Da das Entstehen von Wundinfektionen jedoch auch abhängig ist von Einflüssen, die der jeweilige Leistungserbringer nicht kontrollieren kann, z.B. Patienteneigenschaften, wäre in diesem Fall für einen fairen Einrichtungsvergleich eine Risikoadjustierung der Ergebnisse angezeigt. Die Anzahl der identifizierten postoperativen Wundinfektionen mit MRSA im Verfahren QS WI ist jedoch zu klein, um eine Risikoadjustierung sinnvoll zu implementieren. Auch eine Hinzunahme der identifizierten postoperativen Wundinfektionen mit 4MRGN würde hierzu nicht ausreichen. Weiterhin gehen die Fälle, die bisher in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen mit MRSA eingegangen sind, bisher und auch weiterhin, in die Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen ein (QI 1500, 1501, 2500, 2501) ein. Das bedeutet, dass auch diese Infektionen an die Leistungserbringer und Landesarbeitsgemeinschaften zurückgemeldet werden und diese Informationen entsprechend weiterhin im Stellungnahmeverfahren genutzt werden können. Z.B. wenn sich entsprechende Infektionen bei bestimmten Leistungserbringern besonders häufen.

Da Infektionen mit MRSA zu einem relevanten Anteil durch Maßnahmen der Leistungserbringer (z.B. Screening, Isolation, Sanierung) vermeidbar sind und die Informationen zu Infektionen mit diesen Keimen ohne weiteren Erhebungsaufwand

vorliegen, wird eine gezielte Auswertung und Rückspiegelung dieser Informationen an die Leistungserbringer in Form von Transparenzkennzahlen als sinnvoll erachtet. Auch unabhängig von Stellungnahmeverfahren werden diese Ergebnisse so hervorgehoben in den Rückmeldeberichten dargestellt und können für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden.

#### **Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS WI basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTIG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTIG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

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

##### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

##### **Zu § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie**

###### Zu Absatz 2:

###### Zu Satz 1 Buchstabe i:

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 § 16 Datenlieferfristen**

###### Zu Absatz 1a:

Vorschlag der Abteilung Recht (in Abstimmung mit IQTIG) vom 20.02.2023 und 07.03.2023

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 § 15e 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 Bundesauswertungstelle (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 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 § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Zu Satz 3:

Der Zeitraum, in dem keine Vergütungsabschläge erhoben werden, wird um das Erfassungsjahr 2023 ergänzt.

### Zu Anlage I Indikatorenlisten (QS NET)

IQTIG-Vorschlag vom 21.02.2023

1. Da in folgenden Indikatoren/Kennzahlen neben der Hämodialyse auch die Nierenersatzverfahren Hämofiltrationen und die Hämodiafiltrationen bereits in die Rechenregeln inkludiert wurden, soll eine Ergänzung um die "Hämo(dia)filtration" im QI-/Kez.-Titel erfolgen:
  - QI-ID 572003: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration
  - Kez.-ID 572050: Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
  - QI-ID 572004: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration
  - Kez.-ID 572051: Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
2. 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 Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation 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 302300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation
- QI-ID 312300: Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas-/Pankreas-Nieren-Transplantation

3. Die beiden Indikatoren "Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen" (QI-ID 572100) sowie "Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen" (QI-ID 572101) sollen zum Erfassungsjahr 2024 in eine Transparenzkennzahl umgewandelt und als solche zunächst ohne Referenzbereich fortgeführt werden, da weitere Beratungen mit dem Expertengremium zur Überarbeitung der Indikatoren bzgl. der Anpassung eines vollumfänglich passenden Referenzbereiches bzw. einer alternativen Indikatordefinition stattfinden sollen. Um eine zielgerichtete inhaltliche Anpassung zu ermöglichen sollen die reinen rechnerischen Ergebnisse über eine Transparenzkennzahl weiter erfasst werden.

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

- QI- ID 572016: Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation

5. Bei folgendem Indikator und folgender Kennzahl wird der QI- bzw. Kez.-Titel sowie die Beschreibung angepasst:

- QI-ID 572009 alt: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse
- QI-ID 572009 neu: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen
- QI-ID 572056 alt: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
- QI-ID 572056 neu: Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

Beschreibung: Der Indikator erfasst den Anteil an ~~Hämodialyse~~ Patientinnen und -  
Patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.

Hintergrund ist ein bereits seit 2021 erfolgter Einschluss von weiteren Nierenersatzverfahren (Hämo(dia)filtration) in diesem QI bzw. dieser Kennzahl, der sich in den QI- bzw. Kez.-Titeln allerdings nicht wiederfindet. Da den noch stattzufindenden Beratungen hierzu sowie dem Beratungsergebnis nicht vorgegriffen werden soll, wird sich dafür entschieden die Titel nicht um "Hämo(dia)filtration zu ergänzen, sondern um "Hämodialyse" zu streichen.

Zu Nr. 1:

KBV vom 31.03.2023	PatV vom 31.03.2023	DKG vom 03.04.2023	GKV-SV vom 31.03.2023
Der Indikator und die Kennzahl haben sich in den ersten Ergebnisauswertungen als nicht geeignet operationalisiert erwiesen und werden daher zur Überarbeitung ausgesetzt. Der Indikator und die Kennzahl sollen Informationspflichten der Ärztinnen und Ärzte nach § 630c Abs. 2 BGB abbilden. Eine reine Umformulierung des Titels in „Information über Behandlungsoptionen“ ist vor dem Hintergrund nicht ausreichend, dass durch die aktuelle Operationalisierung des Indikators bzw. der Kennzahl ausschließlich Aufklärungsinhalte abgefragt werden. Erläuterungen der Diagnose und der Therapie sind Bestandteile der	Der QI mit der ID 572001 sowie die Kennzahl mit der ID 572048 gehen zurück auf internationale Leitlinien und den Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie in Zusammenarbeit mit dem Verband deutscher Nierenzentren e.V. sowie der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). Danach sollten „alle Behandlungsverfahren zur Nierenersatztherapie (Hämodialyse und Peritonealdialyse, beide als Heim- oder Zentrumsdialyse, Nierentransplantation einschließlich Lebendorgantransplantation) im Stadium G4 (chronische Niereninsuffizienz Stadium 4) von dem behandelnden Nephrologen dem Patienten und dessen Angehörigen ausführlich erklärt und Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren besprochen werden.“ (Dialysestandard, überarbeitete, aktualisierte Fassung vom 17.02.2022, Kapitel B.2.2, S. 17, file:///C:/Users/haefnersa/Downloads/2016-03-	Die Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren haben gezeigt, dass der Indikator, der die Information des Patienten im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung adressiert, nicht sauber operationalisiert wurde und Informations- und Aufklärungsaspekte vermischt. Aufgrund der haftungsrechtlichen Konsequenzen ist eine methodisch einwandfreie Umsetzung unabdingbar. In Abstimmung mit dem Expertengremium werden zum Erfassungsjahr 2024 Umformulierungen vorgenommen, die stärker die Information in den Fokus rücken. Um die Auslösung	<i>[keine Übernahme]</i>

<p>Aufklärung nach § 630e BGB, anhand derer die Patienten eine Entscheidung zwischen den vorhandenen Behandlungsoptionen treffen können. Informationen nach § 630c Abs. 2 BGB hingegen sind nicht an die Gesprächsform gebunden. Vielmehr geht es hier um die Sicherung des Heilerfolges des Patienten durch Sicherstellung therapiegerechten Verhaltens. Der Patient soll zu einer seinem Zustand angepassten Lebensweise veranlasst werden. Es soll beispielsweise für die richtige Einnahme verordneter Medikamente gesorgt werden. Erfasst ist etwa auch die Unterrichtung des Patienten über mögliche Folgen einer Behandlung und ihn zu gebotenen Selbstschutzmaßnahmen zu veranlassen. Umfang und Intensität der Information richten sich nach den Umständen des Einzelfalles und dem Ziel der Sicherung des</p>	<p>23%20Dialysestandard-V2022-1_Stand_20220217-1.pdf, zuletzt aufgerufen am 30.03.2023). Ergänzend wird auf schriftliche Informationsbroschüren, Kontaktvermittlung zur Selbsthilfe, Beratungsmöglichkeiten zur Heimdialyse oder ergänzende Beratungsmöglichkeiten durch Psychologen/Psychologinnen oder Sozialarbeiter/innen hingewiesen.</p> <p>Trotz der klaren Ausführungen zu diesem fachlichen Hintergrund in den Rechenregeln, haben der Indikator und die Kennzahl in der Umsetzungspraxis zu der Frage zur Abgrenzung zu den Aufklärungspflichten nach § 630e BGB geführt. Das IQTiG hat daher im Auftrag des G-BA eine inhaltliche Überarbeitung von Indikator und Kennzahl geprüft. Dafür wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Stabsbereich Recht der juristische Hintergrund und die inhaltliche Herleitung aus dem AQUA-Abschlussbericht aufgearbeitet sowie in einer Sondersitzung der mit dem Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene NET am 24.02.2023 die inhaltliche Überarbeitung beraten. Im Ergebnis hat das IQTiG empfohlen, den entsprechenden Indikator</p>	<p>unnötiger Stellungnahmeverfahren zu vermeiden und weitere Hinweise für die Operationalisierung zu gewinnen, wird der Indikator bis zu seiner endgültigen Überarbeitung als Kennzahl weitergeführt.</p>	
---	--	---	--

<p>Heilungserfolges. Somit sind sowohl die Einengung auf Gespräche zur Informationsweitergabe als auch die Begrenzung der abgefragten Inhalte nicht geeignet. Darüber hinaus bildet der Dokumentationsbogen nur eine eingeschränkte Möglichkeit ab, Gründe für nicht erfolgte Information zu dokumentieren. Die möglichen Gründe sind nicht durch die existierenden Schlüsselwerte abgedeckt. Dies führt insgesamt zum Missverstehen der abgefragten Dokumentation für die Qualitätssicherung, zu nicht nachvollziehbaren rechnerischen Auffälligkeiten und zu unnötigen Stellungnahmeverfahren bei den Ärztinnen und Ärzten. Es besteht somit die Notwendigkeit einer umfangreichen Überarbeitung des Indikators und der entsprechenden Kennzahl sowie die Aussetzung beider bis</p>	<p>sowie die Kennzahl als „Information“ statt als „Aufklärung“ über Behandlungsoptionen zu bezeichnen, da einerseits die umfassende Information über alle Behandlungsalternativen als klares Qualitätssicherungsziel bestätigt wurde, andererseits aber die Inhalte der dieser umfassenden Information vermutlich nicht den dezidierten Inhalten einer von der Aufklärungspflicht nach § 630e BGB erfassten Behandlungsmethoden im individuellen Fall und unmittelbar vor der jeweiligen Durchführung und Anwendung entspricht.</p> <p>Vor diesem Hintergrund erfolgt eine redaktionelle Änderung bei der Beschreibung des QI ID 572001 sowie der Kennzahl ID 572048: Statt „Aufklärung“ erfolgt die Bezeichnung „Information“ und statt „Behandlungsoptionen“ wird der im Dialysestandard verwendete Begriff der „Behandlungsverfahren“ verwendet. Ferner wird zur Verdeutlichung, dass das umfassende Informationsgespräch vor der Wahl des Behandlungsverfahrens erfolgt und auch verbunden sein kann mit den im Dialysestandard</p>		
---	---	--	--

<p>zur Nutzbarkeit für die Qualitätssicherung. Eine Weiterführung des Indikators als Transparenzkennzahl und der Kennzahl weiterhin als Transparenzkennzahl bis zur erfolgten Überarbeitung ist vor dem Hintergrund des Eckpunktebeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aus April 2022 ungeeignet, da dieser zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung vorsieht, unnötige Dokumentationsaufwände bei Ärztinnen und Ärzten zu vermeiden.</p>	<p>ausgeführten weitergehenden Möglichkeiten der Information klargelegt, dass diese Information „vor Beginn der Nierenersatztherapie erfolgt und statt „bei Beginn..“.</p> <p>Diese redaktionellen Änderungen werden in der fallbezogenen QS-Dokumentation entsprechend übernommen und analog dazu vom IQTiG auch bei den endgültigen Rechenregeln 2022 und 2023 sowie den prospektiven Rechenregeln 2024 nachvollzogen. Weitergehende Änderungen im Dokumentationsbogen sind nicht erforderlich. Da die Informationen vom behandelnden Nephrologen ausführlich erklärt und besprochen werden sollen, ist es nach wie vor angezeigt abzufragen, ob ein Informationsgespräch zu den einzelnen Behandlungsverfahren durchgeführt wurde.</p>		
---	---	--	--

**Zu Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)**

Die Änderungen in Anlage II zum Verfahren QS NET basieren auf Änderungsvorschlägen des IQTiG zur Spezifikation. Zur Begründung der Änderungen wird auf die am 20. Juli 2023 beschlossene Spezifikation (dort Anlage 2 – IQTiG: Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2024 zu den QS-Verfahren 1, 2 und 4 nach DeQS-RL - Erläuterungen) verwiesen.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für 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 Beschlussentwurfes. In X 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 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 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

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

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 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 JJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Das Robert Koch-Institut legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJ vor (**Anlage 4**).

[oder:] Das Robert Koch-Institut teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 4**).

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 5**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und das Robert Koch-Institut wurden 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 stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der DeQS-RL Teil 2 sowie versandte Tragende Gründe

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

Anlage 4: Stellungnahme des Robert Koch-Instituts

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

Berlin, den 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](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 24.04.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1315

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

BETREFF **Änderung der DeQS-RL Teil 2 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 Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET- 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.



Der Präsident

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Prof. Dr. Lars Schaade (kommissarisch)

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystr. 8  
10623 Berlin

E-Mail an: [qs@g-ba.de](mailto:qs@g-ba.de)

**Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5a und § 92 Abs. 7f SGB V zu Richtlinien des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung: Änderungen zum Erf**

03.05.2023

Unser Zeichen:  
4.05.01/0044#0127-FG37

Ihr Zeichen: Abteilung  
Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende  
Verso

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur datengestützten  
einrichtungs-übergreifenden Qualitätssicherung: Änderungen zum Erfassungsjahr  
2024 in den Verfahren QS PCI, QS WI und QS NET und teilen Ihnen mit, dass sich  
seit der letzten Kommentierung im Oktober 2022 keine neuen Kommentare ergeben  
haben.

Robert Koch-Institut  
[zentrale@rki.de](mailto:zentrale@rki.de)  
Tel.: +49 (0)30 18754-0  
Fax: +49 (0)30 18754-2328  
[www.rki.de](http://www.rki.de)

Berichterstattung/  
Bearbeitung von:

Mit freundlichen Grüßen

Durchwahl: -  
E-Mail:

L. Schaade

Besucheranschrift:  
Nordufer 20  
13353 Berlin

Das Robert Koch-Institut  
ist ein Bundesinstitut  
im Geschäftsbereich des  
Bundesministeriums für  
Gesundheit.

