

# Richtlinie



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen nach den §§ 136 und 137 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

### **(Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse/QSD-RL)**

in der Fassung vom 18. April 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (Beilage Nr. 115a)  
in Kraft getreten am 24. Juni 2006

zuletzt geändert am 19. März 2015  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 07.05.2015 B7)  
in Kraft getreten am 8. Mai 2015

## Inhalt

<b>I.</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen</b> .....	<b>3</b>
§ 1	Ziel der Richtlinie.....	3
§ 2	Regelungsbereich und -adressaten.....	3
<b>II.</b>	<b>Stichprobenprüfung</b> .....	<b>3</b>
§ 3	Dokumentation .....	3
§ 4	Datentransfer .....	4
§ 4a	Pseudonymisierung durch die Vertrauensstelle .....	5
§ 5	Datenanalyse .....	5
§ 6	Datenanalyst .....	6
§ 7	Qualitätssicherungs-Kommission „Dialyse“ .....	6
§ 8	Stichprobenauswahl .....	6
§ 9	Überprüfungsverfahren .....	7
§ 10	Ergebnis der Überprüfung .....	8
<b>III.</b>	<b>Einrichtungsübergreifende Maßnahmen</b> .....	<b>8</b>
§ 11	Teilnahme am Rückmeldesystem.....	8
§ 11a	Pseudonymisierung durch die Vertrauensstelle .....	9
§ 12	Nachweis der Beteiligung.....	9
§ 13	Anforderungen an den Berichtersteller .....	10
<b>IV.</b>	<b>Evaluation und Weiterentwicklung</b> .....	<b>11</b>
§ 14	Evaluation und Weiterentwicklung.....	11
<b>V.</b>	<b>Datenschutz</b> .....	<b>11</b>
§ 15	Pseudonymisierungsverfahren und Information.....	11
§ 16	Arten der Daten.....	12
	<b>Anlagenübersicht</b> .....	<b>13</b>

## I. Allgemeine Bestimmungen

### § 1 Ziel der Richtlinie

<sup>1</sup>Die Dialyse ist grundlegender Bestandteil der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patientinnen und Patienten. <sup>2</sup>Der Erfolg dieser lebenserhaltenden Behandlungsmethode hängt dabei entscheidend von der Qualität der Leistungserbringung ab. <sup>3</sup>Ziel dieser Richtlinie ist die Unterstützung eines kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses, der durch Zusammenwirken von externer Qualitätssicherung, Einrichtungsvergleichen und von Beratung gekennzeichnet ist. <sup>4</sup>Im Mittelpunkt steht dabei immer die Patientenversorgung, deren Qualität auf einem hohen Niveau sichergestellt werden soll. <sup>5</sup>In dieser Richtlinie werden zu diesem Zweck Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität in der Versorgung chronisch nierenkranker Patientinnen und Patienten festgelegt. <sup>6</sup>Alle Ärztinnen und Ärzte, die Blutreinigungsverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, werden dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden (d. h. externen) Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung zu beteiligen. <sup>7</sup>Die Ärztinnen und Ärzte haben die im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung erhaltenen Qualitäts- und Benchmarking-Berichte – insbesondere auf Wunsch der Patientinnen und Patienten – auch für deren Information und Beratung zu nutzen und sie für diesen Zweck zugänglich zu machen.

### § 2 Regelungsbereich und -adressaten

- (1) Die Richtlinie ist bei jeder Dialyse-Behandlung zu beachten, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von ärztlichen Leistungserbringern (im Folgenden: „Dialyse-Einrichtungen“) durchgeführt wird.
- (2) Die Richtlinie regelt
  - Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der Dialyse-Behandlungen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung auf Grundlage von § 136 Abs. 2 Satz 2 SGB V und
  - die Verpflichtung zur Beteiligung der Dialyse-Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung auf Grundlage von § 137 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V.
- (3) Auf die Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V, sowie die Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages – Ärzte (BMV-Ä) und des Arzt- / Ersatzkassenvertrages (EKV) wird hingewiesen.

## II. Stichprobenprüfung

### § 3 Dokumentation

- (1) <sup>1</sup>Zur Durchführung der Stichprobenprüfung gemäß § 136 Abs. 2 SGB V sind für alle Patientinnen und Patienten, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Dialyse behandelt werden, elektronische Dokumentationen entsprechend den Anlagen 1 bis 3 und gemäß den nachfolgenden Absätzen zu erstellen. <sup>2</sup>Die in dieser Richtlinie vorgesehene Vollerhebung ist aus gewichtigen methodischen Gründen erforderlich. <sup>3</sup>Die in etablierten Leitlinien benannten Qualitätsindikatoren nach § 8 Abs. 3 Buchstabe a und b lassen sich nur berechnen, wenn alle Dialysen einer oder eines Versicherten erhoben werden. <sup>4</sup>Eine einrichtungsbezogene Auffälligkeit kann wegen der großen Bandbreite und Variabilität der

Komorbiditäten nur dann ermittelt werden, wenn je Dialyse-Einrichtung alle behandelten Versicherten berücksichtigt werden.<sup>5</sup>Zudem sollen die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen nach Abschnitt II und III dazu dienen, mit den nach dieser Richtlinie an die Einrichtungen zurückgemeldeten Quartalsberichten ein Monitoring und eine Optimierung der Dialyse für alle Einrichtungen und bei allen Patientinnen oder Patienten zu ermöglichen.<sup>6</sup>Bei der Dialyse als lebenserhaltendes Therapieverfahren muss möglichen Hinweisen auf eine nicht entsprechend dem geltenden medizinischen Standard erbrachte Leistung bei allen Einrichtungen und Patientinnen oder Patienten nachgegangen werden können.

(2) Personenstammdaten und medizinische Stammdaten sind mit Beginn der erstmaligen Dialyse-Behandlung zu erheben und entsprechend der Anlage 1 zu dokumentieren.

(3) Bei jeder Hämodialyse-Behandlung muss das Dialysedatum sowie die effektive Dialysedauer entsprechend der Anlage 2 dokumentiert werden.

(4) <sup>1</sup>Für die dialysespezifischen Angaben entsprechend der Anlage 3 sind jeweils die letzten im Quartal oder vor dem Wechsel der Dialyse-Einrichtung erhobenen Werte zu dokumentieren (Referenz). <sup>2</sup>Bei der Hämodialyse sind die Werte des gleichen Tages anzugeben; die Blutabnahme erfolgt nach dem langen Dialyseintervall. <sup>3</sup>Bei der Peritonealdialyse sollen nur innerhalb von 7 Tagen erhobene Werte dokumentiert werden.

#### § 4 Datentransfer

(1) <sup>1</sup>Die Dialyse-Einrichtung bildet für die Datenübermittlung nach Absatz 3 für jede bzw. jeden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelte Patientin oder behandelten Patienten für jedes Quartal eine neue Fallnummer. <sup>2</sup>Die Fallnummer ist zu bilden aus dem Jahr und Quartal des entsprechenden Behandlungszeitraumes sowie einer nach dem Zufallsprinzip gebildeten vierstelligen Nummer. <sup>3</sup>Die Fallnummer ist nur durch die Dialyse-Einrichtung auf die Patientin oder den Patienten zurückzuführen.

(2) <sup>1</sup>Die Dialyse-Einrichtung vervollständigt die Daten nach den Anlagen 1 bis 3 um die bei der dokumentierten Behandlung gültige Betriebsstättennummer, ein von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergebenes Einrichtungspseudonym und die jeweilige Fallnummer. <sup>2</sup>Die Dialyse-Einrichtung ist für die Aktualität der Daten verantwortlich und übermittelt die Daten der Anlagen 1 bis 3 spätestens innerhalb von fünf Werktagen nach Ende des Quartals, in dem die dokumentierten Leistungen erbracht wurden, an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. <sup>3</sup>Die Übermittlung der Daten der Anlagen 1 bis 3 erfolgt in verschlüsselter Form. <sup>4</sup>Dabei sind die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) und die Betriebsstättennummer mit dem öffentlichen Schlüssel der Kassenärztlichen Vereinigung zu verschlüsseln. <sup>5</sup>Die Qualitätssicherungsdaten sind mit dem öffentlichen Schlüssel des Datenanalysten zu verschlüsseln.

(3) <sup>1</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die Einhaltung der Dokumentationsverpflichtung gemäß § 87 Abs. 2d SGB V in Verbindung mit § 285 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. <sup>2</sup>Dazu entschlüsselt sie die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) und die Betriebsstättennummer mittels eines nur ihr bekannten privaten Schlüssels. <sup>3</sup>Nach abgeschlossener Prüfung verschlüsselt die Kassenärztliche Vereinigung die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle. <sup>4</sup>Sie übermittelt die verschlüsselten patientenidentifizierenden Daten, das Einrichtungspseudonym mit den verschlüsselten Qualitätssicherungsdaten nach Ende des Berichtsquartals unverzüglich an die Vertrauensstelle nach § 4a. <sup>5</sup>Auf anderen

Rechtsvorschriften beruhende Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung zur Anforderung von Daten und Unterlagen, die für die Abrechnung der Dialyse-Behandlungen oder für andere Zwecke benötigt werden, insbesondere § 285 SGB V, bleiben unberührt. <sup>6</sup>Die Abrechnung einer Dialyse-Behandlung darf nur erfolgen, wenn auch eine ausreichende Dokumentation nach Maßgabe dieser Richtlinie vorliegt.

(4) <sup>1</sup>Die Datenübertragungen nach dieser Richtlinie erfolgen in elektronischer Form. <sup>2</sup>Zur Sicherstellung eines standardisierten, datenschutzrechtlich konformen Datenflusses definiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung die erforderlichen Datenschnittstellen zur Übermittlung der Daten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen und zertifiziert die zur Erstellung der definierten Schnittstellen erforderliche Software, welche in der Dialyse-Einrichtung zur Anwendung kommen können.

#### **§ 4a Pseudonymisierung durch die Vertrauensstelle**

(1) <sup>1</sup>Die Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten erfolgt durch eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Vertrauensstelle. <sup>2</sup>Die Vertrauensstelle muss den Anforderungen nach § 299 Abs. 2 SGB V genügen.

(2) <sup>1</sup>Die Vertrauensstelle entschlüsselt die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) mittels eines nur ihr bekannten privaten Schlüssels und erzeugt daraus ein Patientenpseudonym unter Verwendung eines nur ihr bekannten Geheimnisses und unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik. <sup>2</sup>Eine Reidentifikation von Patientinnen oder Patienten anhand des Patientenpseudonyms ist auszuschließen.

(3) <sup>1</sup>Die Vertrauensstelle übermittelt neben dem Patientenpseudonym nach Absatz 2 die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verschlüsselt erhaltenen Daten – mit Ausnahme der verschlüsselten patientenidentifizierenden Daten – und das Einrichtungspseudonym weiter an den Datenanalysten nach § 6. <sup>2</sup>Die Vertrauensstelle hat die zu pseudonymisierenden patientenidentifizierenden Daten nach erfolgter Pseudonymisierung und Weiterleitung des Pseudonyms zu löschen.

#### **§ 5 Datenanalyse**

(1) Die Datenanalyse wird durch eine nach § 6 beauftragte Stelle (Datenanalyst) durchgeführt.

(2) <sup>1</sup>Zur Analyse werden die Daten aller von einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Dialyse-Behandlungen im Quartal zu Vierteljahresberichten nach Anlage 5 zusammengestellt und der Qualitätssicherungs-Kommission nach § 7 zugeleitet. <sup>2</sup>Dabei sind die nach den Anlagen 2 und 3 erhobenen Daten in aggregierter Form einrichtungspseudonym nach den unter § 8 Abs. 3 und 4 formulierten Werten zu sortieren und aufsteigend zu ordnen.

(3) <sup>1</sup>Der Datenanalyst leitet die nach Anlage 5 verfassten Berichte für die Dialyse-Einrichtungen so an die Kassenärztliche Vereinigung weiter, dass diese keine Möglichkeit zur Einsichtnahme hat. <sup>2</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung sendet die Berichte an die Einrichtungen, die im betroffenen Quartal ihre Dialyse-Behandlungen nach dieser Richtlinie dokumentiert haben. <sup>3</sup>Ihnen ist vom Datenanalysten durch eine geeignete Kennzeichnung der von ihnen stammenden Daten eine eigene Einschätzung der Qualität ihrer Leistung zu ermöglichen.

(4) Zur Datenanalyse gehören auch Auswertungen zur Evaluation gemäß § 14 Abs. 1.

## § 6 Datenanalyst

(1) <sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt für das gesamte Bundesgebiet einen Datenanalysten. <sup>2</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen können für zusätzliche Auswertungen beim Datenanalysten patientenanonymisierte Daten ihres Zuständigkeitsbereichs anfordern.

(2) <sup>1</sup>Der Datenanalyst muss die Anforderungen des § 299 Abs. 3 SGB V erfüllen und hinreichende Gewähr für die Sicherheit der ihm zur Verfügung gestellten Daten und für eine neutrale Aufgabenwahrnehmung bieten. <sup>2</sup>Er hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss in jährlichen Geschäftsberichten die wesentlichen Ergebnisse seiner Arbeit, gruppiert nach Zuständigkeitsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Bereichen), darzustellen, die Sicherungsvorkehrungen vor Datenmissbrauch wiederzugeben und seine Finanzierung vollständig offenzulegen (jährlicher Geschäftsbericht des Datenanalysten nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse / QSD-RL). <sup>3</sup>Der Datenanalyst hat außerdem einen zusammenfassenden jährlichen Bericht nach Anlage 5 zu erstellen (Jahresbericht zur Qualität in der Dialyse).

## § 7 Qualitätssicherungs-Kommission „Dialyse“

(1) <sup>1</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung richtet eine Qualitätssicherungs-Kommission „Dialyse“ mit sechs Mitgliedern ein, von denen zwei von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen benannt werden können. <sup>2</sup>Alle Mitglieder müssen eine besondere Sachkunde oder Erfahrung in der Dialyse-Behandlung haben. <sup>3</sup>Die Sachkunde gilt insbesondere durch Nachweise entsprechend §§ 4 und 10 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren in der jeweils gültigen Fassung als belegt.

(2) <sup>1</sup>Die Qualitätssicherungs-Kommission führt Stichprobenprüfungen nach den §§ 8 bis 10 durch. <sup>2</sup>Sie kann von allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten zu Problemen bei der Anwendung dieser Richtlinie mit der Bitte um Beratung angerufen werden.

(3) <sup>1</sup>Die Qualitätssicherungs-Kommission erstellt einen Bericht über ihre Tätigkeit im vorangegangenen Jahr mit den in Anlage 6 wiedergegebenen Inhalten über ihre Tätigkeit nach dieser Richtlinie. <sup>2</sup>Der Bericht, ergänzt um die Übersichten nach § 5 Abs. 2, wird von der Kassenärztlichen Vereinigung für jedes Kalenderjahr bis zum 30. April des Folgejahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergegeben. <sup>3</sup>Der Bericht nach Satz 1 wird von der Kassenärztlichen Vereinigung bis zum 30. Juni des Folgejahres veröffentlicht. <sup>4</sup>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt für jedes Kalenderjahr bis zum 30. Juni des Folgejahres dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen zusammenfassenden Bericht, gegliedert nach Kassenärztlichen Vereinigungen, zur Verfügung (Jahresbericht zur Tätigkeit der Qualitätssicherungs-Kommissionen „Dialyse“). <sup>5</sup>Die Übersichten nach § 5 Abs. 2 sind als Anlage beizufügen. <sup>6</sup>Der zusammenfassende Bericht nach Satz 4 wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet und veröffentlicht.

(4) <sup>1</sup>Die Qualitätssicherungs-Kommission tagt mindestens einmal pro Quartal. <sup>2</sup>Die Entscheidungen fallen mit der Mehrheit der anwesenden Stimmen. <sup>3</sup>Abweichende Auffassungen der Mitglieder der Qualitätssicherungs-Kommission zu Empfehlungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

## § 8 Stichprobenauswahl

(1) Die Qualitätssicherungs-Kommission führt vierteljährlich Stichprobenprüfungen

- bei auffälligen Werten gemäß den Absätzen 2 bis 5,

- bei begründeten Hinweisen auf eine unzureichende Qualität der Dialyse-Behandlung oder
- nach Zufallsauswahl durch.

(2) <sup>1</sup>Anlass für eine Stichprobenprüfung bei auffälligen Werten ist die Überschreitung der Werte nach Absatz 3 oder 4. <sup>2</sup>Bei einer Überschreitung besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine qualitativ unzureichende Behandlung. <sup>3</sup>Die Überschreitung kann aber auch durch besondere Umstände des Einzelfalls begründet sein, denen auf Grundlage der Stellungnahme der überprüften Dialyse-Einrichtung im Rahmen des Prüfungsverfahrens gemäß § 9 nachzugehen ist.

(3) Für die Beurteilung der Hämodialysen gelten für die einrichtungsbezogen nach den Anlagen 2 und 3 dokumentierten Ergebnisse folgende Werte

- a) bei mehr als 15 % aller im Quartal behandelten ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten war die effektive Dialysedauer pro Woche kürzer als zwölf Stunden,
- b) bei mehr als 15 % aller im Quartal behandelten Patientinnen und Patienten war die Anzahl der Dialysen pro Woche kleiner als 3,
- c) bei einem erhöhten Anteil aller im Quartal behandelten Patientinnen und Patienten, die ausschließlich über einen Katheterzugang dialysiert wurden.

(4) Für die Beurteilung der Peritonealdialysen gilt für die einrichtungsbezogen nach Anlage 3 dokumentierten Ergebnisse folgender Wert:

mehr als 15 % aller im Quartal behandelten Patientinnen und Patienten haben einen wKt/V-Wert, der kleiner als 1,7 ist.

(5) <sup>1</sup>Die Qualitätssicherungs-Kommission wählt unter den Dialyse-Einrichtungen, die mindestens einen Wert überschreiten, diejenigen aus, bei denen Zweifel an der ordnungsgemäßen Behandlung bestehen, und führt bei diesen eine Stichprobenprüfung durch. <sup>2</sup>Zweifel bestehen insbesondere, wenn mehr als die Hälfte der Werte in zwei aufeinander folgenden Quartalen überschritten wurden.

## § 9 Überprüfungsverfahren

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, zur Durchführung der Überprüfung einer Dialyse-Einrichtung das Einrichtungspseudonym auf die entsprechende Dialyse-Einrichtung zurückzuführen.

(2) <sup>1</sup>Die Dialyse-Einrichtung ist über die Einleitung einer Überprüfung zu informieren und zur schriftlichen Stellungnahme aufzufordern. <sup>2</sup>Auf ihren Wunsch hin ist ihr Gelegenheit zu mündlichem Vortrag vor der Qualitätssicherungs-Kommission zu geben.

(3) Im Rahmen der Stichprobenprüfung stellt die Qualitätssicherungs-Kommission fest, ob die im überprüften Quartal durchgeführten Dialyse-Behandlungen der ausgewählten Dialyse-Einrichtungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprachen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht wurden.

(4) <sup>1</sup>Die Qualitätssicherungs-Kommission kann mit Einverständnis der Dialyse-Einrichtung vor Ort deren Räumlichkeiten und Infrastruktur prüfen, welche im Zusammenhang mit Dialyse-Behandlungen genutzt werden. <sup>2</sup>Dabei dürfen nur personenbezogene Daten gesetzlich Krankenversicherter eingesehen werden, soweit diese zur Dokumentation der Dialyse-Behandlung angelegt wurden und die Qualität der Behandlung im Einzelfall zu beurteilen ist.

## § 10 Ergebnis der Überprüfung

(1) <sup>1</sup>Ergibt die Stichprobenprüfung, dass die geprüften Dialyse-Behandlungen nicht dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprachen oder nicht in der fachlich gebotenen Qualität erbracht wurden, soll die Kassenärztliche Vereinigung die betroffene Dialyse-Einrichtung schriftlich auffordern, die festgestellten Mängel unter Gewährung einer angemessenen Frist zu beseitigen. <sup>2</sup>Gleichzeitig soll der Einrichtung eine Beratung zur Behebung der festgestellten Qualitätsmängel angeboten werden.

(2) <sup>1</sup>Bestehen die Mängel auch nach Ablauf der festgesetzten Frist weiter fort, entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung nach Anhörung der Qualitätssicherungs-Kommission über das weitere Vorgehen. <sup>2</sup>Dabei kann die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der betreffenden Leistungen mit bestimmten Auflagen versehen oder mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

## III. Einrichtungsübergreifende Maßnahmen

### § 11 Teilnahme am Rückmeldesystem

(1) <sup>1</sup>Die Dialyse-Einrichtung ist verpflichtet, sich an einem Rückmeldesystem zur Selbstkontrolle (Benchmarking) als einrichtungsübergreifende Maßnahme der Qualitätssicherung nach Maßgabe der Regelungen dieses Abschnitts zu beteiligen. <sup>2</sup>Der Nachweis ihrer Beteiligung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist Voraussetzung für die Abrechnung der Dialyse-Behandlungen.

(2) <sup>1</sup>Zur Erstellung des Benchmarking-Berichts ist die Behandlung aller dialysierten Patientinnen und Patienten am Ende des Quartals entsprechend der Anlage 4 elektronisch zu dokumentieren. <sup>2</sup>Es sind jeweils die letzten Werte entweder des Quartals oder vor dem Wechsel der Dialyse-Einrichtung zu dokumentieren (Behandlungsergebnisse); dabei sollen nur Werte, die innerhalb von 7 Tagen erhoben wurden, dokumentiert werden.

(3) <sup>1</sup>Die Dialyse-Einrichtung vervollständigt die Daten nach Absatz 2 um die bei der dokumentierten Behandlung gültige Betriebsstättennummer, das Einrichtungskennzeichen der Dialyse-Einrichtung nach § 12 Abs. 2 Nr. 1 und die Fallnummer nach § 4 Abs. 1 und übermittelt sie jeweils spätestens innerhalb von fünf Werktagen nach Ende des Quartals, in dem die Behandlung erfolgte, an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. <sup>2</sup>Die Übermittlung der Benchmarking-Daten gemäß § 16 Buchstabe d erfolgt in verschlüsselter Form. <sup>3</sup>Dabei sind die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) und die Betriebsstättennummer mit dem öffentlichen Schlüssel der Kassenärztlichen Vereinigung zu verschlüsseln. <sup>4</sup>Die Benchmarking-Daten sind mit dem öffentlichen Schlüssel des Berichterstellers zu verschlüsseln.

(4) <sup>1</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die Einhaltung der Dokumentationsverpflichtung gemäß § 87 Abs. 2d SGB V in Verbindung mit § 285 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. <sup>2</sup>Sie entschlüsselt dazu die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) und die Betriebsstättennummer mittels eines nur ihr bekannten privaten Schlüssels. <sup>3</sup>Nach abgeschlossener Prüfung verschlüsselt die Kassenärztliche Vereinigung die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle. <sup>4</sup>Sie übermittelt die verschlüsselten patientenidentifizierenden Daten, die verschlüsselten Benchmarking-Daten und das Einrichtungskennzeichen nach Ende des

Berichtsquartals unverzüglich an die Vertrauensstelle nach § 4a weiter. <sup>5</sup>Auf anderen Rechtsvorschriften beruhende Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung zur Anforderung von Daten und Unterlagen, die für die Abrechnung der Dialyse-Behandlungen oder für andere Zwecke benötigt werden, insbesondere § 285 SGB V, bleiben unberührt.

(5) <sup>1</sup>Die Datenübertragungen erfolgen in elektronischer Form. <sup>2</sup>Zur Sicherstellung eines standardisierten, datenschutzrechtlich konformen Datenflusses definiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung die erforderlichen Datenschnittstellen zur Übermittlung der Daten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen und zertifiziert die zur Erstellung der definierten Schnittstellen erforderliche Software, welche in der Dialyse-Einrichtung zur Anwendung kommen können.

### **§ 11a Pseudonymisierung durch die Vertrauensstelle**

(1) Die Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten erfolgt durch die Vertrauensstelle nach § 4a.

(2) Die Vertrauensstelle entschlüsselt die patientenidentifizierenden Daten (lebenslange Krankenversicherungsnummer oder Krankenversicherungsnummer zusammen mit dem Institutionskennzeichen der gesetzlichen Krankenkasse) mittels eines nur ihr bekannten privaten Schlüssels und erzeugt daraus ein Patientenpseudonym unter Verwendung des Geheimnisses nach § 4a Abs. 2.

(3) <sup>1</sup>Die Vertrauensstelle übermittelt neben dem Patientenpseudonym nach Absatz 2 alle von den Kassenärztlichen Vereinigungen verschlüsselt erhaltenen Daten – mit Ausnahme der verschlüsselten patientenidentifizierenden Daten – gemäß § 11 Abs. 3 und 4 sowie das Einrichtungskennzeichen weiter an den jeweiligen Berichtsersteller. <sup>2</sup>Die Vertrauensstelle hat die zu pseudonymisierenden patientenidentifizierenden Daten nach erfolgter Pseudonymisierung und Weiterleitung des Pseudonyms zu löschen.

### **§ 12 Nachweis der Beteiligung**

(1) Zum Nachweis der Beteiligung an einem Rückmeldesystem zur Selbstkontrolle reicht die Dialyse-Einrichtung einen Vertrag zur Erstellung eines Benchmarking-Berichts mit einem Berichtsersteller ein; als Berichtsersteller kann auch der Datenanalyst nach § 6 gewählt werden.

(2) Der Berichtsersteller muss sich in dem Vertrag verpflichten,

1. der Dialyse-Einrichtung ein Einrichtungskennzeichen zuzuweisen, dessen Zuordnung der Berichtsersteller nicht an Dritte weitergeben darf,
2. die ihm übermittelten Benchmarking-Daten statistisch auszuwerten und zu aussagekräftigen Übersichten (Benchmarking-Berichten) nach Anlage 7 zusammenzustellen, mit deren Hilfe sich die einsendende Dialyse-Einrichtung mit weiteren teilnehmenden Dialyse-Einrichtungen vergleichen kann,
3. die Daten der einsendenden Dialyse-Einrichtung für sie in der Übersicht zu kennzeichnen und Angaben, die einen Rückschluss auf die weiteren teilnehmenden Dialyse-Einrichtungen ermöglichen, zu unterlassen; insbesondere die von der jeweiligen Dialyse-Einrichtung behandelte Patientenzahl nicht genau, sondern unter Bildung von sinnvollen Gruppen anzugeben,
4. der Dialyse-Einrichtung den Benchmarking-Bericht spätestens am Ende des Quartals zuzusenden, das den dokumentierten Behandlungen folgt, und
5. den Anforderungen nach § 13 zu genügen.

(3) <sup>1</sup>Die Dialyse-Einrichtung muss vertraglich berechtigt sein, den Berichtersteller ohne besonderen Grund spätestens zum Ende eines Jahres zu wechseln. <sup>2</sup>Erfüllt der Berichtersteller nicht mehr seine Pflichten nach Absatz 2, soll der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden. <sup>3</sup>Die Dialyse-Einrichtung hat spätestens bis zum Ablauf des einer Kündigung nach Satz 2 folgenden Quartals einen Vertrag nach Absatz 2 mit einem anderen Berichtersteller nachzuweisen. <sup>4</sup>Bis zum Ende des Quartals, in dem der Vertrag geschlossen wurde, besteht keine Pflicht zur Teilnahme an einem Rückmeldesystem zur Selbstkontrolle.

### § 13 Anforderungen an den Berichtersteller

(1) Der Berichtersteller muss die folgenden Anforderungen erfüllen:

1. <sup>1</sup>Jeder Benchmarking-Bericht muss mindestens 20 Dialyse-Einrichtungen und die Behandlung von insgesamt mindestens 1000 verschiedenen Dialyse-Patientinnen und -Patienten umfassen. <sup>2</sup>Haben aus einem KV-Bereich weniger als 5 Dialyse-Einrichtungen mit demselben Berichtersteller einen Vertrag nach § 12 geschlossen, hat der Berichtersteller diese Dialyse-Einrichtungen hierüber zu unterrichten. <sup>3</sup>Die betroffenen Dialyse-Einrichtungen dürfen in dem Bericht nach Satz 1 keinem KV-Bereich zugeordnet werden.
2. Der Berichtersteller muss Folgendes sicherstellen:
  - Vorliegen einer Datenerfassungs- und Archivierungskonzeption,
  - Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
  - Vorliegen eines Datenschutzkonzeptes unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI),
  - Vorliegen eines Operationshandbuches mit Beschreibung von organisatorischen Vorgaben, Ablauf und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -kontrolle,
  - Konzept für die Haltung, Aufbereitung, Plausibilitätsprüfung, Kodierung und Bereitstellung der Daten,
  - Vorliegen eines Analyseplans einschließlich Spezifikation der einzubeziehenden Daten, anzuwendenden statistischen Methoden, Umgang mit Ausreißern und fehlenden Werten (missing data) u. ä.,
  - nachvollziehbare Dokumentation der erzeugten neuen Variablen und Gewährleistung der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse sowie
  - datenschutzgemäße und sichere Archivierung der Daten und Analysen in reproduzierbarer Form für mindestens 10 Jahre.
3. <sup>1</sup>Der Berichtersteller hat die für die Erstellung des Jahresberichts gemäß Anlage 7 erforderlichen Daten der Anlage 4 sowie die Patientenpseudonyme einrichtungsanonym bis zum Ende des dem Berichtsjahr folgenden Quartals an den Datenanalysten nach § 6 zu übermitteln. <sup>2</sup>Die Übermittlung hat verschlüsselt zu erfolgen.
4. Der Berichtersteller hat die Beendigung von Verträgen oder erhebliche Probleme bei der Erstellung der Berichte der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

(2) Der Datenanalyst nach § 6 erstellt einen zusammenfassenden Jahresbericht gemäß Anlage 7 und übermittelt diesen dem Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils bis zum 30. Juni des Folgejahres (Zusammenfassender Jahresbericht der Berichtersteller).

## IV. Evaluation und Weiterentwicklung

### § 14 Evaluation und Weiterentwicklung

(1) <sup>1</sup>Zum Zweck der Evaluation erfolgt eine Zusammenführung der Qualitätssicherungsdaten der Anlagen 1 bis 3 und der Benchmarking-Daten nach Anlage 4 anhand des Patientenpseudonyms durch den Datenanalysten nach § 6. <sup>2</sup>Dies ist erforderlich, um die Werte nach den §§ 8 und 11 und deren Referenzwerte weiterzuentwickeln, insbesondere um Parameter festzulegen, die die Qualität der kontinuierlichen Behandlung chronisch nierenkranker Patientinnen und Patienten abbilden können. <sup>3</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss operationalisiert die Auswertungsziele. <sup>4</sup>Er berücksichtigt hierzu die Empfehlungen der Dialyse-Fachgruppe nach Absatz 2. <sup>5</sup>Die erste Evaluation erfolgt auf Basis von Daten aus acht Erhebungsquartalen. <sup>6</sup>In der Regel soll alle zwei Jahre eine Evaluation erfolgen.

(2) <sup>1</sup>Die Evaluation erfolgt auf Basis der Berichte des Datenanalysten, der Kassenärztlichen Vereinigungen einschließlich der Qualitätssicherungs-Kommissionen, des Zusammenfassenden Jahresberichtes gemäß § 13 Abs.2 sowie der Analyse der zusammengeführten Qualitätssicherungs- und Benchmarking-Daten gemäß Absatz 1. <sup>2</sup>Hierfür richtet der Gemeinsame Bundesausschuss eine Dialyse-Fachgruppe ein. <sup>3</sup>Die Dialyse-Fachgruppe berät insbesondere den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Datenanalysten nach § 6 hinsichtlich der Auswertungen zur Evaluation der zusammengeführten Qualitätssicherungsdaten der Anlagen 1 bis 3 und der Benchmarking-Daten nach Anlage 4. <sup>4</sup>Auf Grundlage der Ergebnisse der Evaluation kann diese Richtlinie angepasst werden.

(3) Für den in § 8 Abs. 3 Buchstabe c) genannten Auffälligkeitsparameter wird auf Basis der Jahresberichte zur Qualität in der Dialyse und zur Tätigkeit der Qualitätssicherungs-Kommissionen für das Berichtsjahr 2014 unter Hinzuziehung von Expertinnen und Experten ein Auffälligkeitwert bis Ende 2015 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen.

## V. Datenschutz

### § 15 Pseudonymisierungsverfahren und Information

(1) <sup>1</sup>Das Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Daten der Versicherten nach dieser Richtlinie erfolgt auf Grundlage der Vorgaben des § 299 SGB V in pseudonymisierter Form. <sup>2</sup>Die patientenidentifizierenden Daten dürfen ausschließlich verschlüsselt und nur zum Zwecke der Überprüfung der Vollständigkeit gemäß § 4 Abs. 2 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und zur Pseudonym-Erstellung an eine Vertrauensstelle nach § 299 Abs. 2 SGB V übermittelt werden. <sup>3</sup>Als patientenidentifizierenden Datensatz zum Zwecke der Pseudonym-Erstellung wird die lebenslange Krankenversicherungsnummer der Versicherten verwendet. <sup>4</sup>Nur für Patientinnen oder Patienten, für die diese noch nicht zur Verfügung steht, werden für die Pseudonym-Erstellung deren aktuelle Krankenversicherungsnummer und das Institutionskennzeichen ihrer gesetzlichen Krankenkasse verwendet.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss erstellt und veröffentlicht ein allgemeines Patientenmerkblatt gemäß § 299 SGB V, das für eine qualifizierte Information der Patientinnen und Patienten durch die Dialyse-Einrichtungen genutzt werden kann.

## § 16 Arten der Daten

<sup>1</sup>Diese Richtlinie unterscheidet zwischen patientenidentifizierenden und leistungserbringeridentifizierenden Daten, Qualitätssicherungsdaten und Benchmarking-Daten. <sup>2</sup>Diese sind wie folgt definiert:

- a) Patientenidentifizierende Daten sind die lebenslange Krankenversicherungsnummer und die Krankenversicherungsnummer in Verbindung mit dem Institutionenkennzeichen (IK-Nummer) der Krankenkasse.
- b) Leistungserbringeridentifizierendes Datum ist die Betriebsstättennummer der Dialyse-Einrichtung.
- c) <sup>1</sup>Qualitätssicherungsdaten sind die für die Qualitätssicherung insbesondere der §§ 5 bis 10 des Abschnittes II (Stichprobenprüfung) relevanten Behandlungsdaten, die Angaben zum Gesundheitszustand der Betroffenen oder über die erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen enthalten und andere mit der Behandlung und ihrem Ergebnis im Zusammenhang stehende relevante Daten wie Laborwerte. <sup>2</sup>Qualitätssicherungsdaten sind auch: Geburtsjahr, Geschlecht, Postleitzahl und Bundesland des Patientenwohnortes. <sup>3</sup>Zu den Qualitätssicherungsdaten zählt auch die von der Dialyse-Einrichtung für den Dokumentationszeitraum und die Patientin oder den Patienten gemäß § 4 Abs. 1 eindeutig generierte Fallnummer, die nur der Dialyse-Einrichtung die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten in den Rückmeldeberichten ermöglicht.
- d) <sup>1</sup>Benchmarking-Daten sind die für die einrichtungsübergreifende Maßnahme des Abschnittes III relevanten Behandlungsdaten, die Angaben zum Gesundheitszustand der Betroffenen oder über die erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen enthalten und mit der Behandlung und ihrem Ergebnis im Zusammenhang stehende relevante Daten im Sinne der Dokumentationsparameter gemäß Anlage 4 Nr. 3 ff. <sup>2</sup>Zu den Benchmarking-Daten zählt auch die von der Dialyse-Einrichtung für den Dokumentationszeitraum und die Patientin oder den Patienten gemäß § 4 Abs. 1 eindeutig generierte Fallnummer, die nur der Dialyse-Einrichtung die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten in den Rückmeldeberichten ermöglicht.

## Anlagenübersicht

- Anlage 1: Stammdaten – Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)
- Anlage 2: Dialyse-Daten (nur Hämodialyse) – Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)
- Anlage 3: Dialyse-Daten (nur Peritonealdialyse) – Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)
- Anlage 4: Benchmarking-Daten (Quartal) – Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)
- Anlage 5: Anforderungen an die Vierteljahresberichte nach § 5 und den Jahresbericht zur Qualität in der Dialyse
- Anlage 6: Anforderungen an den Jahresbericht zur Tätigkeit der Qualitätssicherungs-Kommission gemäß § 7 Abs. 3 sowie an die Kassenärztliche Vereinigung
- Anlage 7: Anforderungen an die Benchmarking-Berichte und den Zusammenfassenden Jahresbericht der Berichtersteller

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

## Anlage 1: Stammdaten - Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
1	<b>Identifikationskennzeichen</b>				
1.1	KV-Betriebsstättennummer	wird von der zuständigen KV vergeben	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	nach KV-Vorgabe	nicht leer
1.2	Einrichtungspseudonym	Vergabe durch die zuständige KV	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	alphanumerisch, Kennz. für KV-Bereich und Numerierung nach vorzugebendem Algorithmus z.B. alphanumerisch (20), wovon die ersten beiden Ziffern den KV-Bereich codieren	nicht leer
2	<b>Personenstammdaten</b>				
2.1	Vor- und Nachname*	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	alphanumerisch	* diese Daten verbleiben in der Dialyseeinrichtung
2.2	lebenslange Krankenversichertennummer	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung in der Dialyseeinrichtung	erste zehn Stellen alphanumerisch (10.0)	2.2 oder (2.3 und 2.9) nicht leer
2.3	Krankenversichertennummer	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	numerisch (12.0)	2.2 oder (2.3 und 2.9) nicht leer
2.4	Fallnummer	Erstellung durch die Dialyse-Einrichtung	für jedes Quartal neu zu bilden	JJJJ-Q-NNNN [J = Jahr, Q = Quartal (1 bis 4), NNNN = zufällige vierstellige Nummer]	nicht leer
2.5	Geburtsjahr	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung	Datum (JJJJ)	nicht leer < Beginn Nierenersatztherapie (3.5)
2.6	Geschlecht	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung	Auswahlfeld: 1. männlich 2. weiblich	nicht leer
2.7	PLZ Patientenwohnort	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	alphanumerisch (5)	nicht leer
2.8	Bundesland Patientenwohnort		zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	Auswahlfeld: die 16 Bundesländer und „Ausland“	nicht leer
2.9	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	Numerisch (IK-Nummer)	2.2 oder (2.3 und 2.9) nicht leer
3	<b>Medizinische Stammdaten</b>				

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse - Anlage 1

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
3.1	Therapiestatus		zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	Auswahlfeld: 1. Akute oder kurzzeitige Dialysebehandlung 2. Gastdialysebehandlung 3. ständige Dialysebehandlung	nicht leer
3.2	Dialyseverfahren		zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung und bei Änderung zum Zeitpunkt der Referenzdialyse im Berichtsquartal	Auswahlfeld: 1. Hämodialyse 2. Peritonealdialyse 3. Kombination	nicht leer
3.3	Dialyseform		zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	Auswahlfeld: 1. Heimdialyse 2. Zentrums- bzw. Praxisdialyse	nicht leer
3.4	Körpergröße	bei beiderseits Beinamputierten: Angabe der tatsächlichen Körpergröße	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung (Kinder)	numerisch (3.0) in cm	20 bis 230 cm
3.5	Beginn der Nierenersatztherapie		zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung	Datum (MM.JJJJ)	> Geburtsjahr (2.3) > 01.1900 wenn Monat nicht bekannt: Monat = 01
3.6	Zugangsart	1. Erhebung durch die Dialyseeinrichtung 2. Hinweis für die Berechnung durch den Datenanalysten: Anzahl HD-Patienten ab dem 3. Quartal nach HD-Beginn (Feld 3.2 = 1 oder 3) und in ständiger Dialysebehandlung (Feld 3.1 = 3) mit Katheter (Feld 3.6 = 1 oder 2) / Anzahl HD- Patienten ab dem 3. Quartal nach HD-Beginn (Feld 3.2 = 1 oder 3) und in ständiger Dialysebehandlung (Feld 3.1 = 3)	zum Zeitpunkt der 1. Referenzdialyse und bei Änderung zum Zeitpunkt der Referenzdialyse im Berichtsquartal	Auswahlfeld: 1. Katheter, nicht getunnelt 2. Katheter, getunnelt 3. Prothesenshunt / Native Fistel	Wenn 3.2 = 1 oder 3: nicht leer
3.7	renale Grunderkrankung	Grunderkrankung, die zur Nierenersatztherapie führte	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung oder bei Änderung	Auswahlfeld: 1. Glomeruläre Nephropathie (ohne diabetische) 2. Vaskuläre Nephropathie (z.B. Nephrosklerose, Nast) 3. Diabetische Nephropathie 4. Interstitielle Nephropathie (z.B. chron. Pyelonephritis, Analgetikanephritis) 5. Zystennieren 6. Systemerkrankungen 7. Andere Nierenerkrankungen	nicht leer
3.8	wesentliche Ereignisse	(Mehrfachangabe möglich)	bei Beendigung oder Unterbrechung der Dialysebehandlung in der Einrichtung	Siehe 3.81 bis 3.83	nicht leer, sofern ein wesentliches Ereignis vorliegt
3.81	Beginn wesentliches Ereignis		bei Beendigung oder Unterbrechung der Dialysebehandlung in der Einrichtung	Datum (TT.MM.JJJJ) oder Beginn im Vorquartal	nicht leer, sofern ein wesentliches Ereignis vorliegt

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse - Anlage 1

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
3.82	Art wesentliches Ereignis		bei Beendigung oder Unterbrechung der Dialysebehandlung in der Einrichtung	Auswahlfeld: 1. Transplantation 2. Zentrumswechsel 2.1 vorübergehend 2.2 dauerhaft 3. Krankenhauseinweisung 4. sonstige Beendigung 5. Tod	nicht leer, sofern ein wesentliches Ereignis vorliegt
3.83	Ende wesentliches Ereignis		bei Beendigung oder Unterbrechung der Dialysebehandlung in der Einrichtung	Datum (TT.MM.JJJJ) oder Ende nach Quartalsende	Wenn 3.82 = „2.1“ oder „3“: nicht leer; 3.83 >=3.81

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Anlage 2: Dialyse-Daten (nur Hämodialyse) - Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
1	Dokumentationsparameter				
1.1	Dialysedatum	Tag des Beginns der Dialyse	jede Dialysebehandlung, bei Heimdialyse nur 1 Referenz im Quartal	Datum (TT.MM.JJJ)	nicht leer;  Dialysedatum im Berichtsquartal
1.2	effektive Dialysedauer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitintervall zwischen Beginn und Ende: Pumpenlaufzeit; alternativ: Intervall zwischen An- und Abhängzeit</li> <li>• Unterbrechungen ab 15 Minuten sind abzuziehen</li> </ul>	jede Dialysebehandlung, bei Heimdialyse nur 1 Referenz im Quartal	numerisch (3.0) in Minuten	100 bis 600
1.3	Dialysedauer pro Woche	<i>Berechnung durch den Datenanalysten:</i> Formel: Summe der effektiven Dialysedauer (1.2) aller Dialysen einer vollen Woche / Anzahl der vollen Wochen			
1.4	Dialysefrequenz pro Woche	<i>Berechnung durch den Datenanalysten:</i> Formel: Summe der Dialysebehandlungen aller vollen Wochen / Anzahl der vollen Wochen			
1.5	Bezugsgröße Dialysezeitraum	<i>Berechnung durch den Datenanalysten:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Woche = Mo-So</li> <li>2. volle Woche = keine Abwesenheit aufgrund von wesentlichen Ereignissen (Anlage 1, 3.8x) oder Quartalswechsel innerhalb der Woche</li> <li>3. Dialysezeitraum = Summe aller vollen Wochen</li> </ol>		numerisch in Wochen	0 bis 13

Anlage 3: Dialyse-Daten (nur Peritonealdialyse) - Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
1	Dokumentationsparameter Peritonealdialyse				
1.1	Referenz möglich		einmal im Quartal	logisch: (j / n)	nicht leer
1.2	Dialysatvolumen / 24 h	vom Patienten zu sammeln und zu dokumentieren Die 24-Stunden-Sammlung beginnt nach Verwerfung des Nachtbeutel.	1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch (5.0) in ml	wenn 1.1= ja: 0 bis 35000
1.3	Harnstoff im Serum		1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch (3.1) in mg/dl	wenn 1.1= ja: 1,0 bis 500,0
1.4	Harnstoff im Dialysat		1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch (4.0) in mg/dl	wenn 1.1= ja: 15 bis 1500 mg/dl
1.5	Harnstoff im Urin		1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch (4.0) in mg/dl	wenn 1.1= ja und 1.7 > 0: 75 bis 1200 mg/dl; wenn 1.1= ja und 1.7=0: 0 bis 1200 mg/dl
1.6	Körpergewicht	Messung ohne Dialysat am Untersuchungstag (leerer Bauch)	1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch (3.1) in kg	wenn 1.1= ja: 2,0 bis 250,0 kg
1.7	Restausscheidung	24-h-Sammelurin Vor der Sammlung des Urins ist die Blase zu entleeren und der Urin zu verwerfen. Am Ende der Sammlung nach 24 h ist die Blase vollständig zu entleeren und der gesammelte Urin zu messen. Der Patient muss vollständig sammeln. Vom Patienten zu dokumentieren und zu sammeln.	1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch (4.0) in ml	wenn 1.1= ja: 0 bis 9999 ml
1.8	wKt/V (Wochendosis)	<i>Berechnung durch den Datenanalysten über die Parameter 2.5, 2.6 und 3.4 aus Anlage 1 sowie 1.2 bis 1.7 aus Anlage 3</i>  <i>Berechnungsformel</i>  $wKt/V = 7 * \frac{\text{Harnstoff Dialysat (mg/dl)} * \text{Dialysatvolumen24h (l)} + \text{Harnstoff Urin (mg/dl)} * \text{Restausscheidung24h (l)}}{\text{Harnstoff Serum (mg/dl)} * \text{Harnstoffverteilungsvolumen}_{(Watson)} (l)}$  Harnstoffverteilungsvolumen nach Watson (in l): Männer: $V_{Hstf} = 2,447 - (0,09156 * \text{Alter in Jahren}) + (0,1074 * \text{Größe in cm}) + (0,3362 * \text{Gewicht in kg})$ Frauen: $V_{Hstf} = -2,097 + (0,1069 * \text{Größe in cm}) + (0,2466 * \text{Gewicht in kg})$		numerisch (1.1) Berechnung nach Formel	wenn 1.1= ja: 0,1 bis 9,9

### Anlage 4: Benchmarking-Daten (Quartal) - Datensatzbeschreibung und SOP (Standard Operation Procedures)

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
1	<b>Identifikationskennzeichen der Einrichtung</b>				
1.1	KV-Betriebsstättennummer	wird von der zuständigen KV vergeben	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung <b>oder</b> bei Änderung	nach KV-Vorgabe	nicht leer
1.2	Einrichtungskennzeichen	Vergabe durch den Berichtersteller	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung <b>oder</b> bei Änderung	alphanumerisch	nicht leer
2	<b>Personenstammdaten</b>				
2.1	Vor- und Nachname*	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung <b>oder</b> bei Änderung	alphanumerisch	* diese Daten verbleiben in der Dialyse-Einrichtung
2.2	lebenslange Krankenversichertennummer	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung	erste 10 Stellen; alphanumerisch (10.0)	2.2 oder (2.3 und 2.4) nicht leer
2.3	Krankenversichertennummer	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung <b>oder</b> bei Änderung	numerisch (12.0)	2.2 oder (2.3 und 2.4) nicht leer
2.4	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	Angaben der Krankenversichertenkarte übernehmen	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung <b>oder</b> bei Änderung	numerisch (IK-Nummer)	2.2 oder (2.3 und 2.4) nicht leer
2.5	Fallnummer	Erstellung durch die Dialyse-Einrichtung	für jedes Quartal neu zu bilden	JJJJ-Q-NNNN [J = Jahr, Q = Quartal (1 bis 4), NNNN = zufällige vierstellige Nummer]	nicht leer
3	<b>Dokumentationsparameter (Hämodialyse und Peritonealdialyse)</b>				
3.1	Serumalbumin	Bestimmung von [3.1] bis [3.6] in der Regel gemeinsam mit der Bestimmung des prädialytischen Harnstoffwertes anhand einer Blutprobe	in der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (2.1) in g / l	5,0 bis 60,0 g/l

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse - Anlage 4

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
3.2	Hämoglobin	Bestimmung von [3.1] bis [3.6] in der Regel gemeinsam mit der Bestimmung des prädialytischen Harnstoffwertes anhand einer Blutprobe  Hämodialyse: Messung unmittelbar vor der Dialysebehandlung aus dem „arteriellen“ Schenkel ohne Verdünnung mit Kochsalzlösung oder Heparin (bei Kathetern 10 ml Blut werfen)  Peritonealdialyse: Messung mittels venöser Punktion	Hämodialyse: letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall  Peritonealdialyse: 1 Referenz innerhalb einem Quartal	numerisch Hb (2.1) in g/dl	3,0 bis 20,0 g/dl
3.3	Kalzium	Bestimmung von [3.1] bis [3.6] in der Regel gemeinsam mit der Bestimmung des prädialytischen Harnstoffwertes anhand einer Blutprobe	in der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (1.1) in mmol/l	0,2 bis 3,5 mmol/l
3.4	Phosphat	Bestimmung von [3.1] bis [3.6] in der Regel gemeinsam mit der Bestimmung des prädialytischen Harnstoffwertes anhand einer Blutprobe	in der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (1.1) in mmol/l	0,0 bis 4,5 mmol/l
3.5	Parathormon	Bestimmung von [3.1] bis [3.6] in der Regel gemeinsam mit der Bestimmung des prädialytischen Harnstoffwertes anhand einer Blutprobe	in der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall  Pflichtdokumentation im Quartal 2 und Quartal 4	numerisch (4.1) in ng/l	Quartal Q2 und Q4: 0,0 bis 5.000,0 ng/l
3.6	C-reaktives Protein	Bestimmung von [3.1] bis [3.6] in der Regel gemeinsam mit der Bestimmung des prädialytischen Harnstoffwertes anhand einer Blutprobe	in der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (3.1) oder <5mg/l (Normalwert)	<1.000,0 mg/l
3.7	Wochendosis Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)	angeordnete Dosis in der Referenzwoche	in der Regel letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch in Int. Einheiten (I.E.) / Woche 1µg Darbepoetin = 200 I.E. 1µg Mircera = 229 I.E. - Bei anderen Präparaten muss spezifischer Umrechnungsfaktor bestimmt werden. - Bei monatlicher Applikation muss Umrechnung auf Wochendosis erfolgen.	0, wenn keine ESF 500 bis 40.000
3.8	Komorbiditäten	Mehrfachauswahl	zu Beginn der erstmaligen Dialysebehandlung <b>oder</b> bei Änderung	Mehrfachauswahl der Kategorien: 1. keine 2. Koronare Herzkrankheit (KHK) 3. andere kardiale Erkrankungen 4. periphere arterielle Verschlusskrankheit 5. zerebrovaskuläre Erkrankungen 6. therapiebedürftiger Diabetes mellitus 7. chronische Infektionen 8. Malignom 9. periphere Polyneuropathie (PNP) 10. Demenz 11. Depression 12. andere, die Dialysebehandlung stark beeinflussende Erkrankungen	nicht leer, wenn „keine“ dann keine andere Angabe möglich

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse - Anlage 4

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
3.9	Körpergröße unterhalb der 3. Perzentile	Bestimmung und Dokumentation durch die Dialyseeinrichtung, wenn Alter der Patientin oder des Patienten unterhalb des vollendeten 18. Lebensjahrs gemäß den Referenzperzentilen des Robert Koch-Instituts (Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2003 – 2006. Beiträge zur Berichterstattung des Bundes. Berlin 2011 <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_Referenzperzentile.pdf?__blob=publicationFile">http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_Referenzperzentile.pdf?__blob=publicationFile</a> )		logisch: J/N	
4.	<b>Dokumentationsparameter nur Hämodialyse</b>				
4.1	prä-dialytischer Harnstoff	Blutabnahme unmittelbar vor der Dialyse aus der arteriellen Nadel, bevor Kochsalz oder Heparin appliziert wurde, um Verdünnungseffekte zu vermeiden. Bei Verwendung eines Zentralvenenkatheters sind die ersten 10 ml Blut zu verwerfen. Harnstoff prä- und postdialytisch müssen in derselben Session erhoben werden. Die Analyse der beiden Proben muss mit demselben Laborgerät erfolgen.	letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (3.1)	Harnstoff: 1,0 bis 500,0 mg/dl; prä-dialytischer Harnstoff > postdialytischer Harnstoff
4.2	postdialytischer Harnstoff	Entnahme Blutprobe unmittelbar nach Beendigung der Hämodialyse (15 bis 30 sec). Die Blutabnahmetechnik gilt auch bei längerfristiger Anwendung eines Vorhofkatheters und für Single-needle Dialyseverfahren. Vorgehensweise gem. KDOQI-Guidelines zur „Slow flow/Stop pump Methode“: 1.) 10 bis 20 sec vor dem Abhängen sind die Ultrafiltration und der Dialysatfluss abzuschalten bzw. soweit wie möglich zu reduzieren 2.) Blutfluss auf 50 bis 100 ml / min reduzieren (Minimierung Rezirkulation) 3.) Entweder Nach ca. 20 sec wird Blut aus dem arteriellen Schlauchsystem bei weiterhin laufender Pumpleistung entnommen und erst danach die Pumpe gestoppt und der Patient wie gewohnt vom Dialysator abgehängt. [- Oder Anschließend wird die Blutpumpe gestoppt und das arterielle Schlauchsystem abgehängt. Bei Pumpenstillstand wird nun aus der arteriellen Kanüle die Blutprobe genommen. ] 4.) Die Abnahme soll innerhalb der ersten 30 sec nach Abhängen des Zugangs erfolgen (Verhinderung Rückstrom von Harnstoff aus dem Gewebe) Harnstoff prä- und postdialytisch müssen in derselben Session erhoben werden. Die Analyse der beiden Proben muss mit demselben Laborgerät erfolgen.	letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (3.1)	Harnstoff: 1,0 bis 500,0 mg/dl; postdialytischer Harnstoff < prä-dialytischer Harnstoff
4.3	Körpergewicht vor der Dialysebehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>unmittelbar vor der Dialysebehandlung</li> <li>prä- und postdialytisches Körpergewicht muss in derselben Session erhoben werden</li> </ul>	letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (3.1) in kg	1,0 bis 250,0; dynamische Plausibilität durch Anwendung des BMI;

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse - Anlage 4

Nr.	Bezeichnung	Erhebungsart	Erhebungszeitpunkt	Datenformat	Plausibles Intervall
					Differenz aus Nr. 4.3 und Nr. 4.4: $\geq 0$ kg und $< 8$ kg
4.4	Trockengewicht (Körpergewicht nach der Dialysebehandlung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>unmittelbar nach der Dialysebehandlung</li> <li>prä- und postdialytisches Körpergewicht muss in derselben Session erhoben werden</li> </ul>	letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (3.1) in kg	1,0 bis 250,0; nicht leer Differenz aus Nr. 4.3 und Nr. 4.4: $\geq 0$ kg und $< 8$ kg; dynamische Plausibilität durch Anwendung des BMI
4.5	Kt/V (single pool)	<p><i>Berechnung durch den Berichtersteller über die Parameter</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>effektive Dialysedauer T in Stunden h (Nr. 4.7)</li> <li>Harnstoffreduktion R (Nr. 4.1 u. 4.2)</li> <li>Trockengewicht KG (Nr. 4.4)</li> <li>Ultrafiltration UF (Nr. 4.3 u. 4.4) des gleichen Datums</li> </ul> <p><i>Berechnungsformeln</i></p> <p>R = postdialytischer / prädialytischer Harnstoff</p> <p>UF = Körpergewicht vor Dialyse – Trockengewicht KG</p> <p><math>Kt/V = -\ln(R - 0,008 * T) + (4 - 3,5 * R) * UF / KG</math></p>		numerisch (1.1) Berechnung nach der Formel von Daugirdas	Berechnung nur wenn: 1. R < 1 2. UF zwischen 0 kg und 8 kg
4.6	zugangsassoziierte Infektionen	<p>Vorliegen einer oder mehrerer im Berichtsquartal aufgetretenen zugangsassoziierten Infektionen.</p> <p>Definition einer gesicherten Zugangs-assoziierten Infektion: Bei gleichzeitigem Vorliegen der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>lokale Entzündungszeichen im Zugangsbereich oder systemische Entzündungszeichen bei fehlendem anderweitigen Fokus,</li> <li>positiver Blutkultur,</li> <li>typischer Erregernachweis im Labor,</li> <li>Notwendigkeit zur antibiotischen Behandlung.</li> </ul>	am Ende des Quartals	logisch (j / n)	nicht leer
4.7	effektive Dialysedauer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zeitintervall zwischen Beginn und Ende: Pumpenlaufzeit; alternativ: Intervall zwischen An- und Abhängzeit</li> <li>Unterbrechungen ab 15 Minuten sind abzuziehen</li> </ul>	letzte im Quartal dokumentierte Referenz nach langem Intervall	numerisch (3.0) in Minuten	100 bis 600
5.	<b>Dokumentationsparameter nur Peritonealdialyse</b>				
5.1	infektiöse Peritonitis	<p>Anzahl der im Berichtsquartal aufgetretenen gesicherten Peritonitiden</p> <p>Definition einer gesicherten Peritonitis (nach ISPD 2010) bei gleichzeitigem Vorliegen der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leukozyten im Dialysat <math>&gt;100 / \mu\text{l}</math></li> <li>Neutrophile im Dialysat <math>&gt;50\%</math></li> <li>Notwendigkeit zur antibiotischen Behandlung</li> </ul>	am Ende des Quartals	numerisch (1.0)	0 bis 9

## Anlage 5

### Anforderungen an die Vierteljahresberichte nach § 5 und den Jahresbericht zur Qualität in der Dialyse

#### Inhalt

A Berichte an die Ärztinnen und Ärzte / Dialyse-Einrichtungen .....	2
B Berichte an die Kassenärztliche Vereinigung (Qualitätssicherungs-Kommission)....	10
C Jahresbericht zur Qualität in der Dialyse an den Gemeinsamen Bundesausschuss .....	18
D Berechnung von Auffälligkeitsparametern.....	31

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## **A Berichte an die Ärztinnen und Ärzte / Dialyse-Einrichtungen**

### **Allgemeines**

Frequenz: quartalsweise

Fälligkeit: Ende des dem Berichtsquartal folgenden Quartals

Darstellung der Tabellen und Grafiken getrennt nach KV-Bereichen

Die Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Behandlungsfälle mit Hämodialyse (HD) von ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten und alle Behandlungsfälle mit Peritonealdialyse (PD) mit dokumentierten Werten.

Die Grundgesamtheit für alle Auswertungen sind alle Behandlungsfälle von ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten, bei denen die Dialysebehandlung im Berichtsquartal nicht erstmalig begonnen worden ist.

Sofern Einschränkungen in der Grundgesamtheit notwendig sind, werden diese bei der Beschreibung der einzelnen Parameter festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann dem Datenanalysten ergänzende Vorgaben hinsichtlich der statistischen Auswertungen und der Darstellungsform machen.

### **Übersichtsblatt**

Die im Rahmen der Datenanalyse Dialyse beim Datenanalysten gemäß § 5 durchzuführenden Auswertungen zur Erstellung der einrichtungsindividuellen Vierteljahresberichte leiten sich direkt aus der jeweils aktuellen Version der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) ab. Dem Vierteljahresbericht ist eine kurze grafische Zusammenfassung der Auffälligkeitsprüfung sowie der deskriptiven Ergebnisse auf einer Seite voranzustellen. In dieser Ergebniszusammenfassung sind für die jeweilige Einrichtung neben ihren eigenen Ergebnissen auch die Ergebnisse des für die Einrichtung zuständigen Bereichs der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sowie für Deutschland gesamt als Vergleichsgrößen enthalten.

## I Auffälligkeitskriterien

### Tabelle:

Überschrift: Auflistung auffälliger Patientenbehandlungen

Grundgesamtheit: alle behandelten Patientinnen und Patienten, bei denen die Dialysebehandlung im Berichtsquartal nicht neu begonnen wurde und die mindestens in einem Wert (im Sinne des § 8) im Berichtszeitraum als auffällig eingestuft worden sind.  
Für alle Auffälligkeitskriterien gilt zusätzlich, dass nur Behandlungsfälle in die Auffälligkeitsprüfung einbezogen werden, soweit das 18. Lebensjahr vollendet ist.

Spalten:

1. Fallnummer
2. HD: Dialysefrequenz (< 3/Woche)
3. HD: effektive Dialysedauer pro Woche (< 12h)
4. PD: wKt/V (< 1,7)

Zeilen:

1 bis n: Behandelte Patientinnen und Patienten; Werte der auffälligen und der unauffälligen Parameter, visuell hervorgehobene Darstellung nur des auffälligen Wertes des entsprechenden Parameters

n + 1: Anzahl Dokumentationen (alle)

n + 2: Anzahl Dokumentationen ohne im Berichtsquartal erstmalig begonnenen Dialysen (Grundgesamtheit)

n + 3: Anzahl auffälliger Patientenbehandlungen / Parameter

n + 4: Anteil auffälliger Patientenbehandlungen / Parameter [%]

n + 5: Auffälligkeit gemäß § 8 Abs. 3 / 4 (j / n)

Sortierung: absteigend  
nach Anzahl auffälliger Parameter je Behandlung

Sonstiges: Angaben unterhalb der Tabelle:  
Anteil der Kinder und Jugendlichen (vor Vollendung des 18. Lebensjahres) an allen behandelten Patientinnen und Patienten der Dialyse-Einrichtung

## **II Deskriptiver Vergleich**

### **Allgemeines**

Die Dialyse-Einrichtung erhält deskriptive Statistiken der Qualitätsindikatoren gemäß § 8 Abs. 3 und 4 QSD-RL sowie der Parameter Geschlecht und Alter, die in anonymer Form vergleichend zu Behandlungsfällen anderer Dialyse-Einrichtungen dargestellt werden. Die jeweilige Dialyse-Einrichtung ist hierbei grafisch hervorzuheben und in die Sortierung zu integrieren.

Die Vergleiche erfolgen getrennt nach KV-Bereichen.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## wKt/V: Peritonealdialyse

### Grafik:

Typ:	horizontale Boxplots
Überschrift:	Deskriptive Statistik: wKt/V Peritonealdialyse
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Behandlung mit PD je KV-Bereich
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Boxplots:	horizontal, Minimum, 1. Quartil, Median, arithmetischer Mittelwert, 3. Quartil, Maximum je Einrichtung
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: wKt/V darzustellender Wertebereich: entsprechend Spannweite Deutschland, nach oben begrenzt durch das 99. Perzentil aller wKt/V-Werte des jeweiligen Berichtsquartals Einheit: entfällt
Sortierung:	absteigend nach Median

## Dialysefrequenz (Hämodialyse)

### Grafik:

Typ:	horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100 %)
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Dialysefrequenz
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit HD ohne Heimdialyse je KV-Bereich
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Balken:	horizontal, 6 Teilbalken: 0 bis < 1; 1 bis < 2; 2 bis < 3; 3 bis < 4; 4 bis < 5; > = 5 Dialysen / Woche ergeben zusammen 100 % Beschriftung: die Teilbalken sind mit dem jeweiligen Prozentwert zu hinterlegen
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: keine darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend nach Summe 1. bis 3. Teilbalken (Anteil < 3 Dialysen / Woche)

## Mittlere effektive Dialysedauer pro Woche

### Grafik:

Typ:	horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100 %)
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Mittlere effektive Dialysedauer
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit HD ohne Heimdialyse je KV-Bereich
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Balken:	horizontal, 6 Teilbalken: < 10; 10 bis < 11; 11 bis < 12; 12 bis < 13; 13 bis < 16; ≥ 16 Stunden / Woche ergeben zusammen 100 %
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: keine darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend nach Summe 1. bis 3. Teilbalken (Anteil < 12 Stunden / Woche)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Geschlecht

### Grafik:

Typ:	horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100 %)
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Geschlecht
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen, die nicht erstmalig mit der Dialysebehandlung begonnen haben je KV-Bereich
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Balken:	horizontal, 2 Teilbalken: männlich / weiblich ergeben zusammen 100%
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: keine darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend nach Summe 1. Teilbalken (Anteil männlich)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Lebensalter (in vollendeten Jahren)

### Grafik:

Typ:	horizontale Boxplots
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Alter
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen, die nicht erstmalig mit der Dialysebehandlung begonnen haben je KV-Bereich
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Boxplots:	horizontal, Minimum, 1. Quartil, Median, arithmetischer Mittelwert, 3. Quartil, Maximum je Einrichtung
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: Alter darzustellender Wertebereich: entsprechend Spannweite Deutschland Einheit: Jahre
Sortierung:	aufsteigend nach Median

## **B Berichte an die Kassenärztliche Vereinigung (Qualitätssicherungs-Kommission)**

### **Allgemeines**

Frequenz: quartalsweise zeitgleich mit den Einrichtungsberichten

Fälligkeit: Ende des dem Berichtsquartal folgenden Quartals

Die KV (Qualitätssicherungs-Kommission) erhält eine Übersicht zu allen Einrichtungen nach den Qualitätsindikatoren gemäß § 8 Abs. 3 und 4 QSD-RL im jeweiligen KV-Zuständigkeitsbereich.

Die Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Behandlungsfälle mit Hämodialyse (HD) von ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten und alle Behandlungsfälle mit Peritonealdialyse (PD) mit dokumentierten Werten.

Die Grundgesamtheit für alle Auswertungen bilden alle Behandlungen von ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten, bei denen die Dialysebehandlung im Berichtsquartal nicht erstmalig begonnen worden ist.

Sofern Einschränkungen in der Grundgesamtheit notwendig sind, werden diese bei der Beschreibung der einzelnen Parameter festgelegt.

Der G-BA kann dem Datenanalysten ergänzende Vorgaben hinsichtlich der statistischen Auswertungen und der Darstellungsform machen.

### **I Auffälligkeitskriterien**

#### Tabelle:

Überschrift: Auflistung auffälliger Einrichtungen im KV-Bereich

Grundgesamtheit: alle Einrichtungen eines KV-Bereichs  
(bei den Spalten 2, 3, 6, 7 jeweils ohne Heimdialyse-Patientinnen und -Patienten)

- Spalten:
1. Einrichtung [Pseudonym]
  2. Berichtsquartal HD: Anteil Dialysefrequenz < 3 pro Woche
  3. Berichtsquartal HD: Anteil mittlere effektive Dialysedauer pro Woche < 12 h
  4. Berichtsquartal HD: Ab dem 3. Quartal nach Dialysebeginn: Anteil behandelter Patientinnen und Patienten mit einem Katheterzugang
  5. Berichtsquartal PD: Anteil  $wKt/V < 1,7$
  6. Vorquartal HD: Anteil Dialysefrequenz < 3 pro Woche
  7. Vorquartal HD: Anteil mittlere effektive Dialysedauer pro Woche < 12 h
  8. Vorquartal HD: Ab dem 3. Dialysequartal: Anteil behandelter Patientinnen und Patienten mit ausschließlich einem Katheterzugang
  9. Vorquartal PD: Anteil  $wKt/V < 1,7$

Zeilen:

1 bis n: Einrichtungen; Darstellung der auffälligen und der unauffälligen prozentualen Anteile der entsprechenden Parameter, visuell hervorgehobene Darstellung der auffälligen Werte der entsprechenden Parameter (> 15 %)  
Von der visuell hervorgehobenen Darstellung ausgenommen ist vorerst die Darstellung des Anteils von Patientinnen und Patienten mit ausschließlichem Katheterzugang.

Sortierung:

absteigend; 1. Stufe: nach Anzahl auffälliger Parameter je Einrichtung, 2. Stufe: nach Spalte 4

Die Richtlinie ist außer Kraft gesetzt.

## **II Deskriptiver Vergleich**

### **Allgemeines**

Die KV (Qualitätssicherungs-Kommission) erhält deskriptive Statistiken der Qualitätsindikatoren gemäß § 8 Abs. 3 und 4 QSD-RL sowie der Parameter Geschlecht und Alter zu allen Dialyse-Einrichtungen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich. Diese Grafiken entsprechen den Auswertungen der Berichte an die Einrichtungen ohne Hervorhebung einer bestimmten Einrichtung.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## wKt/V: Peritonealdialyse

### Grafik:

Typ:	horizontale Boxplots
Überschrift:	Deskriptive Statistik: wKt/V Peritonealdialyse
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Behandlung mit PD des jeweiligen KV-Bereichs
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Boxplots:	horizontal, Minimum, 1. Quartil, Median, arithmetischer Mittelwert, 3. Quartil, Maximum je Einrichtung
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: wKt/V darzustellender Wertebereich: entsprechend Spannweite Deutschland, nach oben begrenzt durch das 99. Perzentil aller wKt/V-Werte des jeweiligen Berichtsquartals Einheit: entfällt
Sortierung:	absteigend nach Median

Die Richtlinie ist immer Kraft getreten.

## Dialysefrequenz (Hämodialyse)

### Grafik:

Typ:	horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100 %)
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Dialysefrequenz
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit HD ohne Heimdialyse des jeweiligen KV-Bereichs
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Balken:	horizontal, 6 Teilbalken: 0 bis <1; 1 bis <2; 2 bis <3; 3 bis <4; 4 bis <5; $\geq 5$ Dialysen / Woche ergeben zusammen 100 % Beschriftung: die Teilbalken sind mit dem jeweiligen Prozentwert zu hinterlegen
y-Achse:	horizontal Beschriftung: keine darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend nach Summe 1. bis 3. Teilbalken (Anteil < 3 Dialysen / Woche)

## Mittlere effektive Dialysedauer (Hämodialyse)

### Grafik:

Typ: horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100 %)

Überschrift: Deskriptive Statistik: Mittlere effektive Dialysedauer

Grundgesamtheit: alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit HD ohne Heimdialyse des jeweiligen KV-Bereichs

Kategorien: vertikale Ausrichtung  
1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym]  
n + 1: KV-Bereich  
n + 2: Deutschland

Balken: horizontal,  
6 Teilbalken: < 10; 10 bis < 11; 11 bis < 12; 12 bis < 13; 13 bis < 16; ≥ 16 Stunden / Woche ergeben zusammen 100 %

y-Achse: horizontal,  
Beschriftung: keine  
darzustellender Wertebereich: 0 bis 100  
Einheit: %

Sortierung: aufsteigend nach Summe 1. bis 3. Teilbalken (Anteil < 12 Stunden / Woche)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Geschlecht

### Grafik:

Typ:	horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100%)
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Geschlecht
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen des jeweiligen KV-Bereichs
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Balken:	horizontal, 2 Teilbalken: männlich/weiblich ergeben zusammen 100%
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: keine darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend nach Summe 1. Teilbalken (Anteil männlich)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Lebensalter (in vollendeten Jahren)

### Grafik:

Typ:	horizontale Boxplots
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Alter
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen des jeweiligen KV-Bereichs
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: Einrichtungen [Pseudonym] n + 1: KV-Bereich n + 2: Deutschland
Boxplots:	horizontal, Minimum, 1. Quartil, Median, arithmetischer Mittelwert, 3. Quartil, Maximum je Einrichtung
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: Alter darzustellender Wertebereich: entsprechend Spannweite Deutschland Einheit: Jahre
Sortierung:	aufsteigend nach Median

## **C Jahresbericht zur Qualität in der Dialyse an den Gemeinsamen Bundesausschuss**

### **Allgemeines**

Frequenz: jährlich

Fälligkeit: Ende des dem Berichtsjahr folgenden Quartals

Die Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Behandlungen mit Hämodialyse (HD) mit ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten und alle Behandlungen mit Peritonealdialyse (PD) mit dokumentierten Werten. Für die Datenauswertung des Jahresberichts erfolgt eine Zusammenführung der Behandlungen auf Basis der Patientenpseudonyme. Die Auswertungen basieren auf Patientinnen und Patienten die in ständiger Dialysebehandlung (länger als 1 Quartal in Behandlung) sind.

Für alle Auffälligkeitskriterien gilt, dass nur Behandlungsfälle in die Auffälligkeitsprüfung einbezogen werden, soweit das 18. Lebensjahr vollendet ist. Sofern weitere Einschränkungen in der Grundgesamtheit notwendig sind, werden diese bei der Beschreibung der einzelnen Parameter festgelegt.

Die Darstellung der Tabellen und Grafiken zu den Parametern und allgemeinen Merkmalen der Patientenpopulation erfolgt nach KV-Bereichen.

Der Bericht enthält – bezogen auf die Dialyse-Einrichtungen und KVen – aussagekräftige deskriptive und vergleichende Auswertungen, in der Regel in tabellarischer und graphischer Darstellungsform. Er enthält insbesondere Ergebnisse hinsichtlich von auffälligen Werten zu § 8 Abs. 3 bis 5 QSD-RL sowie die vorgegebenen Auswertungsanforderungen gemäß der Ziffern I bis VIII. In den Folgejahren ist zudem ein Verlauf der Ergebnisdaten darzustellen. Sofern keine anderen Vorgaben aus der QSD-RL bestehen, ist die optimale Form der tabellarischen und/oder graphischen Darstellung zu wählen. Die Darstellungsform soll in den Jahresberichten möglichst dauerhaft verwendet werden, um eine Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Jahresberichte zu gewährleisten.

Der G-BA kann dem Datenanalysten ergänzende Vorgaben hinsichtlich der statistischen Auswertungen und der Darstellungsform machen.

## I Auffällige Einrichtungen in aufeinander folgenden Quartalen

### Tabelle:

Überschrift:	Anzahl der Einrichtungen, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen als auffällig klassifiziert wurden Kriterium für Auffälligkeit pro Quartal: Einrichtung wurde in über der Hälfte der für die Einrichtungen relevanten Auffälligkeitsparameter als auffällig eingestuft
Grundgesamtheit:	alle Einrichtungen, die in jeweils zwei aufeinanderfolgenden Quartalen für die Einrichtungen relevanten Auffälligkeitsparameter auswertbare Daten übermittelt haben. Die Auswertung für das Berichtsjahr beginnt für das erste Quartal unter Berücksichtigung der Auffälligkeitsprüfung für das letzte Quartal des Vorjahres. Es werden somit für jede Einrichtung berücksichtigt: Q4 des Vorjahres mit Q1 des Berichtsjahres; Q2 mit Q1 des Berichtsjahres; Q3 mit Q2 des Berichtsjahres; Q4 mit Q3 des Berichtsjahres
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anzahl der Einrichtungen in Q1 des Berichtsjahres</li><li>2. Anzahl der Einrichtungen in Q2 des Berichtsjahres</li><li>3. Anzahl der Einrichtungen in Q3 des Berichtsjahres</li><li>4. Anzahl der Einrichtungen in Q4 des Berichtsjahres</li><li>5. Anzahl der Einrichtungen in allen 4 Quartalen des Berichtsjahres, die als auffällig klassifiziert wurden</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: KV-Bereiche n + 1: Deutschland
Sortierung:	alphabetisch aufsteigend (1 bis n)
Sonstiges:	quartalsweiser Ausweis der Anzahl der Einrichtungen, für die keine quartalsbezogenen Vergleichspaare gebildet werden können

### Grafik:

Überschrift:	Anteil der Einrichtungen, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen als auffällig klassifiziert wurden Kriterium für Auffälligkeit pro Quartal: Einrichtung wurde in über der Hälfte der für die Einrichtungen relevanten Auffälligkeitsparameter als auffällig eingestuft
--------------	--

Grundgesamtheit:	alle Einrichtungen, die in jeweils zwei aufeinanderfolgenden Quartalen für die Einrichtungen relevanten Auffälligkeitsparameter auswertbare Daten übermittelt haben Die Auswertung für das Berichtsjahr beginnt für das erste Quartal unter Berücksichtigung der Auffälligkeitsprüfung für das letzte Quartal des Vorjahres. Es werden somit für jede Einrichtung berücksichtigt: Q4 des Vorjahres mit Q1 des Berichtsjahres; Q2 mit Q1 des Berichtsjahres; Q3 mit Q2 des Berichtsjahres; Q4 mit Q3 des Berichtsjahres
Grafiktyp:	in Bezug auf die KV-Bereiche gruppiertes Säulendiagramm
x-Achse:	Quartale des Berichtsjahres
y-Achse:	Anteil der Einrichtungen, die in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen als auffällig klassifiziert wurden [%]

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

Tabellen mit kombinierten Grafiken zu den relativen Häufigkeiten von Patientinnen und Patienten mit auffälligen Werten gemäß § 8 Abs. 3 und 4 nach KV-Bereich:

Überschrift:	Relative Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit auffälligen Werten nach KV-Bereich: [Einsetzen der Wertebezeichnung gemäß § 8 Abs. 3 und 4]
Grundgesamtheit:	jeweils alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit HD (§ 8 Abs. 3) sowie PD (§ 8 Abs. 4)
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. KV-Bereich</li><li>2. Anteil Patientinnen und Patienten [%], die im ersten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren</li><li>3. Anteil Patientinnen und Patienten [%], die im zweiten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren</li><li>4. Anteil Patientinnen und Patienten [%], die im dritten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren</li><li>5. Anteil Patientinnen und Patienten [%], die im vierten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: KV-Bereiche n + 1: Deutschland
Sortierung:	alphabetisch aufsteigend (1 bis n)
Zusatz:	grafische Darstellung der prozentualen Anteile der Spalten 2 bis 5 als gruppiertes Säulendiagramm.

Grafik:

Überschrift:	Entwicklung der relativen Häufigkeit von Patientinnen und Patienten mit auffälligen Werten in Deutschland seit dem ersten Quartal 2013: Kriterium pro Quartal: [Einsetzen der Wertebezeichnung gemäß § 8 Abs. 3 und 4]
Grundgesamtheit:	jeweils alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit HD (§ 8 Abs. 3) sowie PD (§ 8 Abs. 4)
Grafiktyp:	Trendlinie mit Datenpunkten pro Quartal; Angabe des Wertes pro Datenpunkt innerhalb der Grafik
x-Achse:	von links: Quartale (seit Q1-2013)

y-Achse: Anteil Patientinnen und Patienten mit auffälligen Werten [%]

Sortierung: keine

Tabellen mit kombinierten Grafiken zu den relativen Häufigkeiten von auffälligen Einrichtungen gemäß § 8 Abs. 3 und 4 nach KV-Bereich:

Überschrift: Relative Häufigkeit von auffälligen Einrichtungen nach KV-Bereich:  
[Einsetzen der Wertebezeichnung gemäß § 8 Abs. 3 und 4]

Grundgesamtheit: jeweils alle Einrichtungen mit HD (§ 8 Abs. 3) sowie PD (§ 8 Abs. 4)

Spalten:

1. KV-Bereich
2. Anteil Einrichtungen [%], die im ersten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren
3. Anteil Einrichtungen [%], die im zweiten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren
4. Anteil Einrichtungen [%], die im dritten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren
5. Anteil Einrichtungen [%], die im vierten Quartal des Berichtsjahres auffällig waren

Zeilen: 1 bis n: KV-Bereiche  
n + 1: Deutschland

Sortierung: alphabetisch aufsteigend (1 bis n)

Grafik: grafische Darstellung der prozentualen Anteile der Spalten 2 bis 5 als gruppiertes Säulendiagramm

Grafik:

Überschrift: Entwicklung der relativen Häufigkeit von auffälligen Einrichtungen in Deutschland seit dem ersten Quartal 2013:  
Kriterium pro Quartal: [Einsetzen der Wertebezeichnung gemäß § 8 Abs. 3 und 4]

Grundgesamtheit: jeweils alle Einrichtungen mit HD (§ 8 Abs. 3) sowie PD (§ 8 Abs. 4)

Grafiktyp:	Trendlinie mit Datenpunkten pro Quartal; Angabe des Wertes pro Datenpunkt innerhalb der Grafik
x-Achse:	von links: Quartale (seit Q1-2013)
y-Achse:	Anteil auffälliger Einrichtungen [%]
Sortierung:	keine

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## II Lebensalter (in vollendeten Jahren)

### Grafik:

Typ:	horizontale Boxplots
Überschrift:	Deskriptive Statistik: Alter
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: KV-Bereich n + 1: Deutschland
Boxplots:	horizontal, Minimum, 1. Quartil, Median, arithmetischer Mittelwert, 3. Quartil, Maximum je KV-Bereich
y-Achse:	horizontal, Beschriftung: Lebensalter darzustellender Wertebereich: entsprechend Spannweite Deutschland Einheit: Jahre
Sortierung:	alphabetisch, aufsteigend (1 bis n)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

### III Alter und Geschlecht

Tabellen mit Darstellung der absoluten Anzahlen und der prozentualen Anteile und mit der Darstellung von Mittelwert und Median

Überschrift: Alter und Geschlecht

Grundgesamtheit: alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen

Spalten: Männer, Frauen, gesamt

Zeilen: Altersgruppen differenzierte Darstellung (gesamt; bis 17 Jahre; 18 bis 44 Jahre; 45 bis 64 Jahre; 65 bis 74 Jahre; 75 Jahre und älter)

Sortierung: nach Altersgruppen

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

#### IV Begonnene Nierenersatztherapien mit Hämodialyse oder Peritonealdialyse

##### Tabelle:

Überschrift:	Anzahl der im Berichtsjahr erstmalig begonnenen Nierenersatztherapien mit Hämodialyse oder Peritonealdialyse nach KV-Bereich
Grundgesamtheit:	alle ständig Dialysepflichtigen mit erstmaligem Beginn der Nierenersatztherapie im Berichtsjahr nach Geschlecht und Altersgruppen differenzierte Darstellung (gesamt; bis 17 Jahre; 18 bis 44 Jahre; 45 bis 64 Jahre; 65 bis 74 Jahre; 75 Jahre und älter)
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. KV-Bereich</li><li>2. absolute Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit HD neu begonnen wurde</li><li>3. absolute Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit PD neu begonnen wurde</li><li>4. Gesamtzahl Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit HD oder PD begonnen wurde</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: KV-Bereiche n + 1: Deutschland
Sortierung:	alphabetisch aufsteigend (1 bis n)

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## **V Begonnene Nierenersatztherapien mit Hämodialyse oder Peritonealdialyse: Geschlecht und Alter (Mittelwert, Medianwert)**

### Tabelle:

Überschrift:	Anzahl der im Berichtsjahr erstmalig begonnenen Nierenersatztherapien mit Hämodialyse und Peritonealdialyse: Geschlecht und Alter (Mittelwert, Medianwert)
Grundgesamtheit:	alle ständig Dialysepflichtigen mit erstmaligem Beginn der Nierenersatztherapie im Berichtsjahr nach Geschlecht differenzierte Darstellung (gesamt; Männer, Frauen)
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. KV-Bereich</li><li>2. Alters-Mittelwert der Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit HD neu begonnen wurde</li><li>3. Alters-Mittelwert der Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit PD neu begonnen wurde</li><li>4. Alters-Mittelwert aller Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit HD oder PD begonnen wurde</li><li>5. Alters-Medianwert der Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit HD begonnen wurde</li><li>6. Alters-Medianwert der Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit PD begonnen wurde</li><li>7. Alters-Medianwert aller Patientinnen und Patienten, bei denen im Berichtsjahr mit HD oder PD begonnen wurde</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: KV-Bereiche n + 1: Deutschland
Sortierung:	alphabetisch aufsteigend (1 bis n)

## VI Behandlungsverfahren / -formen (alle dialysierten Patientinnen und Patienten)

### Grafik:

Typ: horizontale gestapelte relative Balkendiagramme (100%)

Überschrift: Deskriptive Statistik: Behandlungsverfahren

Grundgesamtheit: alle Patientinnen und Patienten

Kategorien: vertikale Ausrichtung  
1 bis n: KV-Bereich  
n + 1: Deutschland

Balken: horizontal,  
3 Teilbalken:  
1. Zentrums- / Praxisdialyse  
2. Heim-HD  
3. PD  
ergeben zusammen 100%

y-Achse: horizontal,  
Beschriftung: keine  
darzustellender Wertebereich: 0 bis 100  
Einheit: %

Sortierung: nach KV-Bereich

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## VII Behandlungsverfahren, Behandlungsform und Therapiestatus (Hämodialyse und Peritonealdialyse)

### Tabelle:

Überschrift: Deskriptive Statistik: Behandlungsverfahren, Behandlungsform und Therapiestatus nach KV-Bereich

Grundgesamtheit: alle Patientinnen und Patienten des 4. Quartals des Berichtsjahres

Spalten:

1. KV-Bereich
2. Anteil der Patientinnen und Patienten im Berichtsjahr mit Zentrums-/ Praxis-HD
3. Anteil der Patientinnen und Patienten im Berichtsjahr mit Heim-HD
4. Anteil der Patientinnen und Patienten im Berichtsjahr mit PD
5. Anteil der Patientinnen und Patienten im Berichtsjahr unter ständiger Dialysebehandlung
6. Anteil der Patientinnen und Patienten, die erstmalig mit der Dialysebehandlung begonnen haben
7. Anteil der Patientinnen und Patienten im Berichtsjahr unter akuter / kurzzeitiger Dialysebehandlung
8. Anteil der Patientinnen und Patienten im Berichtsjahr unter Gastdialysebehandlung

Zeilen: 1 bis n: KV-Bereiche  
n + 1: Deutschland

Sortierung: alphabetisch aufsteigend (1 bis n)

## VIII Renale Grunderkrankung

### Tabelle:

Bei der Darstellung ist zu differenzieren zwischen einerseits denjenigen ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten und andererseits denjenigen Patientinnen und Patienten, die erstmalig mit der Dialysebehandlung begonnen haben.

Überschrift:	Deskriptive Statistik: Renale Grunderkrankung
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten
Kategorien:	vertikale Ausrichtung 1 bis n: KV-Bereich n + 1: Deutschland
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. glomeruläre Nephropathie (ohne diabetische)</li><li>2. Vaskuläre Nephropathie (z.B. Nephrosklerose, Nierenarterienstenose)</li><li>3. Diabetische Nephropathie</li><li>4. interstitielle Nephropathie (z.B. chron. Pyelonephritis, Analgetikanephropathie)</li><li>5. Zystennieren</li><li>6. Systemerkrankungen</li><li>7. andere Nierenerkrankungen</li><li>8. unbekannt</li></ol> ergeben zusammen 100 %
Sortierung:	nach KV-Bereich

## D Berechnung von Auffälligkeitsparametern

### wKt/V bei Peritonealdialyse

Berechnung über die Parameter

2.5, 2.6 und 3.4 aus Anlage 1 sowie 1.2 bis 1.7 aus Anlage 3

Berechnungsformel:

$$wKt/V = 7 * \frac{\text{Harnstoff}_{\text{Dialysat}} [\text{mg/dl}] * \text{Volumen}_{\text{Dialysat}} 24\text{h}[\text{l}] + \text{Harnstoff}_{\text{Urin}} [\text{mg/dl}] * \text{Restausscheidung} 24\text{h}[\text{l}]}{\text{Harnstoff}_{\text{Serum}} [\text{mg/dl}] * \text{Harnstoffverteilungsvolumen}_{\text{Watson}} [\text{l}]}$$

Harnstoffverteilungsvolumen nach Watson (in [l]):

Männer:  $V_{\text{Hstf}} = 2,447 - (0,09156 * \text{Alter in Jahren}) + (0,1074 * \text{Größe in cm}) + (0,3362 * \text{Gewicht in kg})$

Frauen:  $V_{\text{Hstf}} = - 2,097 + (0,1069 * \text{Größe in cm}) + (0,2466 * \text{Gewicht in kg})$

### Dialysefrequenz bei Hämodialyse

Berechnungsformel Dialysefrequenz pro Woche:

Quotient aus der Summe der Dialysebehandlungen aller vollen Wochen und der Anzahl der vollen Wochen

Bezugsgrößen des Dialysezeitraumes:

1. Woche als Zeitraum zwischen Montag und Sonntag
2. volle Woche als keine Abwesenheit aufgrund von wesentlichen Ereignissen (Anlage 1, 3.8x) oder Quartalswechsel innerhalb der Woche
3. Dialysezeitraum als Summe aller vollen Wochen

## Anlage 6

### **Anforderungen an den Jahresbericht zur Tätigkeit der Qualitätssicherungs-Kommission gemäß § 7 Abs. 3 sowie an die Kassenärztliche Vereinigung**

Der Tätigkeitsbericht soll mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- Anzahl der Ärzte, die an der datengestützten Qualitätssicherung teilnehmen (§ 2 Abs. 1)
- Anzahl der Kommissionsmitglieder und Zusammensetzung der Kommission (§ 7 Abs. 1)
- Anzahl der Kommissionssitzungen (§ 7 Abs. 4)
- Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Stichprobenprüfungen (§ 8 Abs. 1)
- Anzahl der Aufforderungen zur Beseitigung von Mängeln (§ 10 Abs. 1 S. 1)
- Anzahl der durchgeführten Beratungsgespräche (§ 10 Abs. 1 S. 2)
- Anzahl der Genehmigungen, die mit Auflagen versehen wurden (§ 10 Abs. 2 S. 2)
- Anzahl der widerrufenen Genehmigungen (§ 10 Abs. 2 S. 2).
- Bericht gemäß § 4 Abs. 3 S. 6

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Anlage 7

### Anforderungen an die Benchmarking-Berichte und den Zusammenfassenden Jahresbericht der Berichtersteller

#### Inhalt

A Benchmarking-Bericht an die Ärztinnen und Ärzte / Dialyse-Einrichtungen .....	2
B Zusammenfassender Jahresbericht der Berichtersteller .....	22
C Anhang – Beispiele Tabelle und Grafiken .....	24

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## **A Benchmarking-Bericht an die Ärztinnen und Ärzte / Dialyse-Einrichtungen**

### **Allgemeines**

Frequenz: vierteljährig

Fälligkeit: Ende des dem Berichtsquartal folgenden Quartals

Darstellung der Tabellen und Grafiken getrennt nach Kassenärztliche Vereinigung (KV) - Bereichen

Die Auswertungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Behandlungsfälle mit Hämodialyse (HD) von ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten und auf alle Behandlungsfälle mit Peritonealdialyse (PD) mit dokumentierten Werten.

Die Grundgesamtheit für alle Auswertungen bilden alle Behandlungen von ständig dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten, bei denen die Dialysebehandlung im Berichtsquartal nicht erstmalig begonnen worden ist.

Sofern Einschränkungen in der Grundgesamtheit notwendig sind, sind diese bei der Beschreibung der einzelnen Parameter ausgewiesen.

### Tabellen

Die Einrichtungen werden mit Hilfe des vergebenen Einrichtungskennzeichens zeilenweise dargestellt. Es erfolgt eine Sortierung nach den Ergebnissen. Die Sortierrichtung wird bei der Beschreibung der Parameterdarstellung spezifiziert.

Der Gesamtwert aller Einrichtungen eines KV-Bereichs ist ebenfalls darzustellen, die Zeile ist farblich anders zu unterlegen und in die Sortierung zu integrieren.

Die Zeile der adressierten Praxis ist innerhalb der Sortierung mit einer weiteren Farbe zu unterlegen.

### Grafiken

Die Darstellung der gemeldeten Fälle ist von dieser Beschreibung ausgenommen.

Es sind jeweils Balkendiagramme zu erstellen. Jeder Balken repräsentiert eine Dialyse-Einrichtung (x-Achse). Die Balken sind in ihrer Reihenfolge nach der Höhe zu sortieren. Die Sortierrichtung wird bei der Beschreibung der Parameterdarstellung spezifiziert.

Der Balken der adressierten Einrichtung ist besonders zu markieren (z.B. farblich anders).

Der Mittelwert aller Einrichtungen eines KV-Bereichs ist als horizontale Bezugslinie über alle Balken in der entsprechenden Höhe zu positionieren.

Die Einheit und der darzustellende Wertebereich werden bei der Beschreibung der einzelnen Parameter definiert (y-Achse).

Besonderheiten in der Darstellung werden bei der Beschreibung der einzelnen Parameter festgelegt.

## Behandelte Patientinnen und Patienten

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Behandelte Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit:	alle dokumentierten Behandlungsfälle
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fallzahl in Intervallen (für Zeile 1 bis 12)</li><li>2. Anzahl Praxen (für Zeile 1 bis 12)</li><li>3. mittlere Anzahl Patientinnen und Patienten / Einrichtung (nur für Zeile 13)</li><li>4. Standardabweichung (SD) (nur für Zeile 13)</li></ol>
Zeilen:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. bis 12. in Intervallen: 0; 1 bis 20; 21 bis 40; ...; 181 bis 200; &gt; 200</li><li>2. KV-Bereich gesamt</li></ol> Markierung der Zeile des entsprechenden Intervalls in das die adressierte Praxis fällt
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 1
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm (Histogramm)
Überschrift:	Behandelte Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Anzahl gemeldete Fälle/Einrichtung Kategorien in Intervallen: 0; 1 bis 20; 21 bis 40; ...; 181 bis 200; > 200
Balken:	Anzahl Einrichtungen mit entsprechenden Patientenzahlen Markierung des Balkens des entsprechenden Intervalls in das die adressierte Einrichtung fällt
y-Achse:	Beschriftung: Anzahl Praxen darzustellender Wertebereich: 0 bis [maximale Anzahl Praxen] Einheit: keine
Sortierung:	keine
Bezugslinie (x-Achse)	vertikal durchschnittliche Patientenzahl / Einrichtung im KV-Bereich

## Albumin

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Albumin im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Mittelwert [g/l]</li><li>3. Standardabweichung (SD)</li><li>4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%]</li><li>5. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	absteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Albumin im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit plausibel dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [ Pseudonym]
Balken:	Mittelwert Albumin im Serum in g/l Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Albumin im Serum darzustellender Wertebereich: 0 bis 60 Einheit: g/l
Sortierung:	absteigend (höchster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal, Mittelwert Albumin im Serum alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen im KV-Bereich

## Hämoglobin

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Hämoglobin
Grundgesamtheit:	alle Behandlungsfälle
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Mittelwert [g/dl]</li><li>3. Standardabweichung (SD)</li><li>4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%]</li><li>5. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	absteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Hämoglobin
Grundgesamtheit:	alle Behandlungsfälle mit plausiblen dokumentierten Werten
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Mittelwert Hämoglobin in g/dl Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Hämoglobin darzustellender Wertebereich: 0 bis 20 Einheit: g/dl
Sortierung:	absteigend (höchster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal, Mittelwert Hämoglobin aller Behandlungsfälle im KV-Bereich

## Kalzium (gesamt)

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Kalzium im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Mittelwert [mmol/l]</li><li>3. Standardabweichung (SD)</li><li>4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%]</li><li>5. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	absteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Kalzium im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit plausibel dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Mittelwert Kalzium im Serum in mmol/l Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Kalzium im Serum darzustellender Wertebereich: 0 bis 3,5 Einheit: mmol/l
Sortierung:	absteigend (höchster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal, Mittelwert Kalzium im Serum aller Patientinnen und Patienten mit plausibel dokumentierten Behandlungen im KV-Bereich

## Phosphat

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Phosphat im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	1. Einrichtung [Kennzeichen] 2. Mittelwert [mmol/l] 3. Standardabweichung (SD) 4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%] 5. Anteil fehlender Werte [%]
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 2

### Grafik:

Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Phosphat im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit plausibel dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Mittelwert Phosphat im Serum in mmol/l Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Phosphat im Serum darzustellender Wertebereich: 0 bis 4,5 Einheit: mmol/l
Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal Mittelwert Phosphat im Serum aller Patientinnen und Patienten im KV-Bereich

## Parathormon im Serum

Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Parathormon im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Mittelwert [ng/l]</li><li>3. Standardabweichung (SD)</li><li>4. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungskennzeichen n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 2

### Grafik:

Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Parathormon im Serum
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Kennzeichen]
Balken:	Mittelwert Parathormon im Serum in ng/dl Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Parathormon im Serum darzustellender Wertebereich: 0 bis 2.000 Einheit: ng/l
Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal, Mittelwert Parathormon im Serum aller Patientinnen und Patienten im KV-Bereich

## C-reaktives Protein

Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	C-reaktives Protein
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Mittelwert [mg/l]</li><li>3. Standardabweichung (SD)</li><li>4. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	C-reaktives Protein
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Kennzeichen]
Balken:	Mittelwert C-reaktives Protein in mg/dl Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: C-reaktives Protein darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 mg/dl Einheit: mg/l
Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal, Mittelwert C-reaktives Protein im Serum aller Patientinnen und Patienten im KV-Bereich

## Anteil Patientinnen und Patienten, die ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren) erhalten

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Anteil der Patientinnen und Patienten, die ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren) erhalten
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen bei denen ESF > 0 dokumentiert wurde
Spalten:	1. Einrichtung [Kennzeichen] 2. Anteil in % 3. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%] 4. Anteil fehlender Werte [%]
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Anteil Patientinnen und Patienten, die ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren) erhalten
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen mit plausiblen Werten bei denen ESF > 0 dokumentiert wurde
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Anteil Behandlungsfälle, die ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren) erhalten an allen Behandlungsfällen in Prozent Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Anteil Patientinnen und Patienten mit ESF darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %

Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal Anteil Patientinnen und Patienten im KV-Bereich, die ESF erhalten

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Wochendosis ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren)

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift: Wochendosis ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren) bei Patientinnen und Patienten, die ESF erhalten

Grundgesamtheit: alle Patientinnen und Patienten, die ESF erhalten haben (ESF  $\leq$  0)

Spalten: 1. Einrichtung [Kennzeichen]  
2. Mittelwert Wochendosis ESF [I.E./Woche]  
3. Standardabweichung (SD)  
4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%]  
5. Anteil fehlender Werte [%]

Zeilen: 1 bis n: Einrichtungspseudonym  
n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)

Sortierung: aufsteigend  
nach Spalte 2

### Grafik:

Typ: Balkendiagramm

Überschrift: Wochendosis ESF (Erythropoese stimulierende Faktoren) bei Patientinnen und Patienten, die ESF erhalten

Grundgesamtheit: alle Patientinnen und Patienten, die ESF erhalten haben (ESF  $\leq$  0)

x-Achse: Beschriftung: Einrichtungen  
Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]

Balken: Mittelwert Wochendosis ESF in I.E./Woche  
Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung

y-Achse: Beschriftung: Wochendosis ESF  
darzustellender Wertebereich: 0 bis 40000  
Einheit: I.E./Woche

Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal Mittelwert Wochendosis ESF aller Patientinnen und Patienten im KV-Bereich

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Anteil der Patientinnen und Patienten mit Begleiterkrankungen
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. keine</li><li>3. Koronare Herzkrankheit (KHK)</li><li>4. andere kardiale Erkrankungen</li><li>5. periphere arterielle Verschlusskrankheit</li><li>6. zerebrovaskuläre Erkrankungen</li><li>7. therapiebedürftiger Diabetes mellitus</li><li>8. chronische Infektionen</li><li>9. Malignom</li><li>10. Periphere Polyneuropathie (PNP)</li><li>11. Demenz</li><li>12. Depression</li><li>13. andere die Dialysebehandlung stark beeinflussende Erkrankungen</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungskennzeichen n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 2

## Grafiken

Grafik 1 bis 13 jeweils nach diesen Grundanforderungen:

Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Anteil der Patientinnen und Patienten [Text jeweils entsprechend der Tabelle Begleiterkrankungen (Komorbiditäten)]
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Anteil Patientinnen und Patienten [Text jeweils entsprechend der Tabelle Begleiterkrankungen] in Prozent Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Anteil Patientinnen und Patienten [Text jeweils entsprechend der Tabelle Begleiterkrankungen] darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	absteigend (höchster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal Anteil Patientinnen und Patienten [Text jeweils entsprechend der Tabelle Begleiterkrankungen] aller Einrichtungen im KV-Bereich

Grafiken 2-12:

Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Begleiterkrankungen Anteil der Patientinnen und Patienten mit [Begleiterkrankung 3 bis 13]
Grundgesamtheit:	alle Behandlungsfälle mit dokumentierten Werten
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Anteil Patientinnen und Patienten mit [Begleiterkrankung 3 bis13] in Prozent Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Anteil Patientinnen und Patienten mit [Begleiterkrankung 3-13] darzustellender Wertebereich: 0 bis 100 Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal Anteil Patientinnen und Patienten mit [Begleiterkrankung 3 bis13] aller Einrichtungen im KV-Bereich

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

## Körpergröße bei Kindern

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Anteil Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, deren Körpergröße unter der 3. Perzentile ist (in %)
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten im Lebensalter von unter 18 Jahren alle Einrichtungen, die mindestens eine Patientin oder einen Patienten unterhalb des vollendeten 18. Lebensjahres behandelt haben
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Anzahl aller Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren</li><li>3. Anteil unter der 3. Perzentile in %</li><li>4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%]</li><li>5. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungspseudonym n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 3
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Anteil Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, deren Körpergröße unter der 3. Perzentile ist
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren alle Einrichtungen, die mindestens eine Patientin oder einen Patienten unterhalb des vollendeten 18. Lebensjahres behandelt haben
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]
Balken:	Anteil Patientinnen und Patienten unter 18 Jahre, deren Körpergröße unter der 3. Perzentile ist, in % Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Anteil Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren unter der 3. Perzentile darzustellender Wertebereich: 0 bis 100

Einheit: %

Sortierung: aufsteigend (niedrigster Wert links)  
Bezugslinie horizontal  
(y-Achse): Anteil Patientinnen und Patienten unterhalb des vollendeten 18. Lebensjahres im KV-Bereich, unter der 3. Perzentile

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## Kt/V (single pool)

Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Kt/V (single pool)
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Einrichtung [Kennzeichen]</li><li>2. Mittelwert Kt/V (single pool)</li><li>3. Standardabweichung (SD)</li><li>4. Anteil fehlender Werte [%]</li></ol>
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungskennzeichen n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	absteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Kt/V (single pool)
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Kennzeichen]
Balken:	Mittelwert Kt/V (single pool) Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Kt/V darzustellender Wertebereich: 0 bis 4 Einheit: mg/dl
Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal, Mittelwert Kt/V (single pool) aller Patientinnen und Patienten im KV-Bereich

## Zugangsassozierte Infektionen

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift:	Prozentualer Anteil von Patientinnen und Patienten mit zugangsassozierten Infektionen bei Hämodialyse
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
Spalten:	1. Einrichtung [Kennzeichen] 2. Anteil von Patientinnen und Patienten mit Infektionen in % 3. Anteil fehlender Werte [%]
Zeilen:	1 bis n: Einrichtungskennzeichen n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)
Sortierung:	aufsteigend nach Spalte 2
<u>Grafik:</u>	
Typ:	Balkendiagramm
Überschrift:	Anteil zugangsassozierte Infektionen in Prozent
Grundgesamtheit:	alle Patientinnen und Patienten mit dokumentierten Behandlungen
x-Achse:	Beschriftung: Einrichtungen Kategorien: Einrichtungen [Kennzeichen]
Balken:	zugangsassozierte Infektionen in % Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung
y-Achse:	Beschriftung: Anteil zugangsassozierte Infektionen in % darzustellender Wertebereich: 0 bis nächst höheres Quartil in Bezug zu dem tatsächlichen Maximalwert Einheit: %
Sortierung:	aufsteigend (niedrigster Wert links)
Bezugslinie (y-Achse):	horizontal zugangsassozierte Infektionen im KV-Bereich

## Infektiöse Peritonitis bei Patientinnen und Patienten mit Peritonealdialyse

### Tabelle deskriptiver Vergleich:

Überschrift: Häufigkeit infektiöser Peritonitiden bei Patientinnen und Patienten mit Peritonealdialyse mit mindestens einer infektiösen Peritonitis

Grundgesamtheit: Behandlungsfälle mit Peritonealdialyse, die mindestens eine infektiöse Peritonitis erlitten haben

Spalten: 1. Einrichtung [Kennzeichen]  
2. Mittelwert Anzahl infektiöser Peritonitiden  
3. Standardabweichung (SD)  
4. Anteil ausgeschlossener, inplausibler Werte [%]  
5. Anteil fehlender Werte [%]

Zeilen: 1 bis n: Einrichtungspseudonym  
n + 1: KV-Bereich gesamt (einsortiert)

Sortierung: aufsteigend  
nach Spalte 2

### Grafik:

Typ: Balkendiagramm

Überschrift: Häufigkeit infektiöser Peritonitiden bei Patientinnen und Patienten mit Peritonealdialyse mit mindestens einer infektiösen Peritonitis

Grundgesamtheit: Behandlungsfälle mit Peritonealdialyse, die mindestens eine infektiöse Peritonitis erlitten haben

x-Achse: Beschriftung: Einrichtungen  
Kategorien: Einrichtungen [Pseudonym]

Balken: Mittelwert Anzahl infektiöser Peritonitiden  
Markierung des Balkens der adressierten Einrichtung

y-Achse: Beschriftung: Anzahl infektiöser Peritonitiden  
darzustellender Wertebereich: 0 bis höchster einrichtungsbezogener Wert  
Einheit: keine

Sortierung: aufsteigend (niedrigster Wert links)

## **B Zusammenfassender Jahresbericht der Berichtersteller**

### **Allgemeines**

Frequenz: jährlich

Fälligkeit: Ende des dem Berichtsjahresende folgenden Quartals

Der zusammenfassende Jahresbericht nach § 13 Absatz 3 QSD-RL umfasst die auf das Berichtsjahr bezogene tabellarische sowie graphische Darstellung der Auswertungen zu den Dokumentationsparametern der Anlage 4 entsprechend der Gliederung des Teil A der Anlage 7.

Die zusammenfassenden Auswertungen und Darstellungen beziehen sich grundsätzlich auf alle Behandlungsfälle mit Hämodialyse (HD) von ständig dialysebedürftigen Patientinnen und Patienten und alle Behandlungsfälle mit Peritonealdialyse (PD) mit dokumentierten Werten. Für die Datenauswertung des Jahresberichts erfolgt eine Zusammenführung der dokumentierten Behandlungen auf Basis der Patientenpseudonyme.

Sofern Einschränkungen in der Grundgesamtheit notwendig sind, werden diese bei der Beschreibung der einzelnen Parameter festgelegt und berichtet.

Die Auswertungen (Tabellen 1 und 2 und Grafik 1) sind nach KV-Bereichen differenziert darzustellen (alphabetische Sortierung). Es ist immer ein Gesamtwert anzugeben. In den Folgejahren ist zudem ein Verlauf der Ergebnisdaten darzustellen.

### **Tabellen**

Tabellen zu den Feldnummern (Anlage 4) 3.1 bis 3.8 sowie 4.5 und 5.1 enthalten je nach Datengrundlage den berechneten Mittelwert, den Median, Minimum und Maximum, die Standardabweichung sowie den Anteil fehlender und nicht plausibler Werte oder im Falle von nominalen bzw. kategorialen die Darstellung der jeweiligen prozentualen Anteile und den Anteil fehlender und nicht plausibler Werte.

### **Grafiken**

#### 1) Grafik: Box-and-Whisker-Plot

Zu jedem Parameter ist ein Box-and-Whisker-Plot zu erstellen. In dem Box-and-Whisker-Plot werden Daten anhand von Perzentilen zusammenfassend dargestellt. Die Box (der Balken) wird begrenzt durch das 25. und das 75. Perzentil, sie umfasst die mittleren 50 % der Verteilung. Die Whiskers sind vertikale, dünne „Schnurrhaar-Linien“, die die Box ausdehnen. Sie verbinden das 25. Perzentil durch eine Linie mit dem 5. Perzentil und das 75. Perzentil mit dem 95. Perzentil. Minimum und Maximum werden durch einen Stern gekennzeichnet. Der angezeigte Median teilt die Anzahl der Werte in zwei Hälften.

Jede Box repräsentiert die über alle Einrichtungen zusammengefassten Ergebnisse eines KV-Bereiches (x-Achse). Die Boxen sind in alphabetischer Reihenfolge nach KV-Bereich zu sortieren.

Der Mittelwert (Gesamtwert) aller bundesweiten Ergebnisse ist als letzte Box darzustellen.

Die Einheit und der darzustellende Wertebereich werden bei der Beschreibung der einzelnen Parameter definiert (y-Achse).

## 2) Grafik: Benchmark-Grafik

Zu jedem Parameter sind Säulendiagramme zu erstellen, wobei jede Säule die Ergebnisse der einzelnen Einrichtung (anonym) repräsentiert. Die Säulen sind in ihrer Reihenfolge nach dem Wert zu sortieren (auf- oder absteigend). Die Sortierrichtung wird bei der Beschreibung der Parameterdarstellung spezifiziert.

Der Mittelwert aller Einrichtungen (Gesamtwert) ist als horizontale Bezugslinie über alle Säulen in der entsprechenden Höhe zu positionieren.

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten

**C Anhang – Beispiele Tabelle und Grafiken**

**C1 Tabelle**

Benchmark-Bericht

Quartal 01/04  
 Überschrift Albumin im Serum

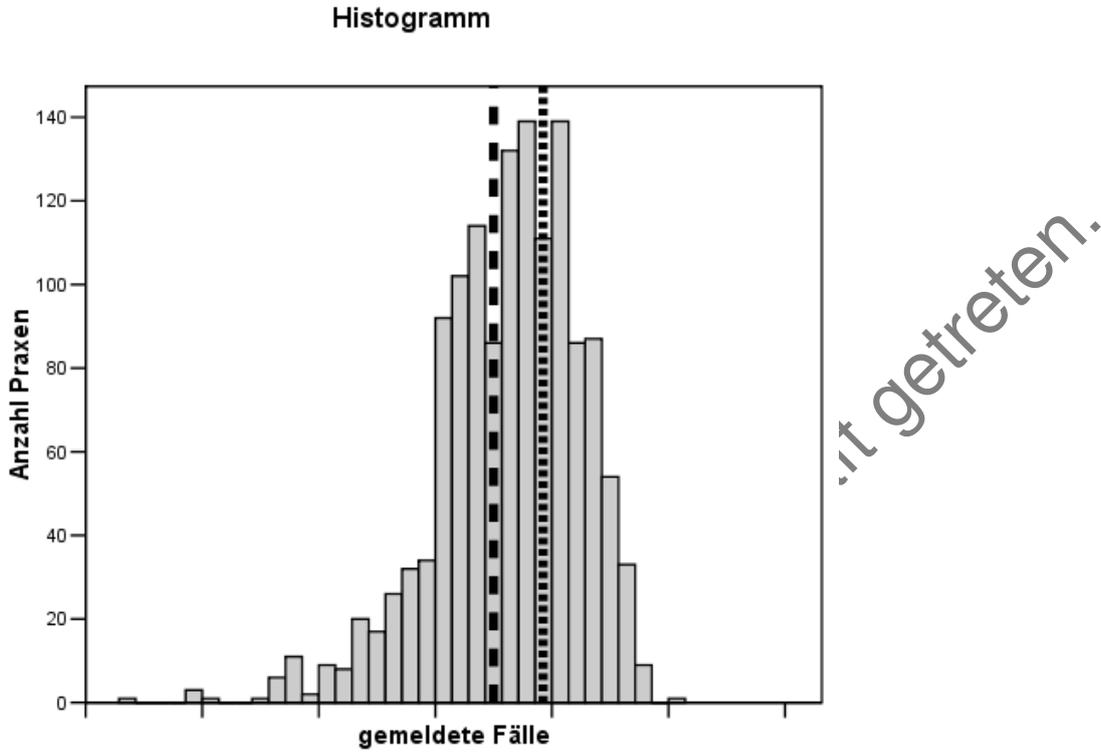
Einrichtung	Mittelwert [g/l]	SD	Anteil nicht plausibler Werte [%]	Anteil fehlender Werte [%]
1				
Praxis				
3				
KV gesamt				
4				
.				
.				
.				
n				

Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

## C2 Grafiken

### Benchmarkbericht Praxis

#### Gemeldete Fälle



#### Benchmarkvergleiche

