

Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

in der Fassung vom 19. Juli 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2018 B3)
in Kraft getreten am 1. Januar 2019

zuletzt geändert am 20. Juni 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 31.12.2019 B5)
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

Teil 1: Rahmenbestimmungen	10
§ 1 Gegenstand, Geltungsbereich und Ziele der Richtlinie	10
§ 2 Verfahrensarten	11
§ 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen	11
§ 4 Verfahrensgrundsätze	12
§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften	13
§ 6 Aufgaben der LAG	14
§ 7 Bundesstelle	15
§ 8 Aufgaben der Bundesstelle	15
§ 9 Datenannahmestelle	16
§ 10 Auswertungsstellen	17
§ 11 Vertrauensstelle	18
§ 12 Zusammenarbeit	18
§ 13 Grundmodell des Datenflusses	18
§ 14 Arten der Daten	19
§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten	19
§ 16 Datenvalidierung	20
§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen	21
§ 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ...	23
§ 19 Qualitätssicherungsergebnisberichte an das Institut nach § 137a SGB V	23
§ 20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA	24
§ 21 Ablösung länderbezogener Verfahren	24

§ 22	Finanzierung	24
§ 23	Bindung der einbezogenen Organisationen	25
§ 24	Information der Patientinnen und Patienten	25
§ 25	Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	25
§ 26	Expertengremien auf Bundesebene	25
Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren		27
§ 1	Allgemeines	27
§ 2	Datenübermittlung an die Datenannahmestelle	27
§ 3	Verfahren in der Datenannahmestelle	28
§ 4	Verfahren in der Vertrauensstelle	29
§ 5	Verfahren in den Auswertungsstellen	29
§ 6	Auswertungen und Rückmeldeberichte	29
Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen		31
Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie		31
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens	31
§ 2	Eckpunkte	31
§ 3	Begründung der Vollerhebung	32
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	32
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten	32
§ 6	Datenflussverfahren	33
§ 7	Datenprüfung	33
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	33
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	33

§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	33
§ 11	Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie	34
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten	35
§ 13	Datenvalidierung.....	35
§ 14	Fachkommissionen	36
§ 15	Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene	36
§ 16	Datenlieferfristen	36
§ 17	Fristen für Berichte.....	37
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze	37
§ 19	Übergangsregelung.....	38
	Anlage I: Indikatorenliste QS PCI.....	39
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	42
	Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen.. ..	55
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens	55
§ 2	Eckpunkte	56
§ 3	Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V	56
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	57
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten	57
§ 6	Datenflussverfahren	58
§ 7	Datenprüfung	58
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	58
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	59
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	59

§ 11	Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie	60
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten	60
§ 13	Datenvalidierung.....	61
§ 14	Fachkommissionen	61
§ 15	Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene	62
§ 16	Datenlieferfristen	62
§ 17	Fristen für Berichte.....	63
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze	63
§ 19	Begleitende Erprobung	63
§ 20	Übergangsregelung.....	65
	Anlage I: Indikatorenliste QS WI	66
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	68
	Verfahren 3: Cholezystektomie (CHE)	102
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens	102
§ 2	Eckpunkte	102
§ 3	Begründung der Vollerhebung	103
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	103
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten	103
§ 6	Datenflussverfahren	104
§ 7	Datenprüfung	104
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	104
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	104
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	105

§ 11	Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie.....	105
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten	106
§ 13	Datenvalidierung.....	106
§ 14	Fachkommissionen	106
§ 15	Expertengremium auf Bundesebene.....	107
§ 16	Datenlieferfristen	107
§ 17	Fristen für Berichte.....	107
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze	108
	Anlage I: Indikatorenliste QS CHE	109
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	110
	Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)	117
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens	117
§ 2	Eckpunkte	117
§ 3	Begründung der Vollerhebung	118
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	119
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten	119
§ 6	Datenflussverfahren	120
§ 7	Datenprüfung	120
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	120
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	120
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	121
§ 11	Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie.....	121
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten	122

§ 13	Datenvalidierung.....	123
§ 14	Fachkommissionen auf Landesebene.....	123
§ 14a	Bundesfachkommission	124
§ 15	Expertengremium auf Bundesebene.....	124
§ 16	Datenlieferfristen	125
§ 17	Fristen für Berichte.....	125
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze	126
§ 19	Übergangsregelung.....	126
	Anlage I: Indikatorenlisten QS NET.....	127
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	134
	Verfahren 5: Transplantationsmedizin.....	152
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens.....	152
§ 2	Eckpunkte	152
§ 3	Begründung der Vollerhebung	153
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben.....	153
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten	153
§ 6	Datenflussverfahren	154
§ 7	Datenprüfung	154
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	154
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	155
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	155
§ 11	Bewertung der Auffälligkeiten	156
§ 12	Datenvalidierung.....	157

§ 13	Bundesfachkommissionen	157
§ 14	Datenlieferfristen	158
§ 15	Fristen für Berichte.....	159
§ 16	Fehlende Dokumentation der Datensätze	159
§ 17	Übergangsregelung.....	159
	Anlage I: Indikatorenliste.....	160
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	169
	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen.....	207
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens	207
§ 2	Eckpunkte	207
§ 3	Begründung der Vollerhebung	208
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben	208
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten	208
§ 6	Datenflussverfahren	209
§ 7	Datenprüfung	209
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche	209
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen	209
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie	209
§ 11	Länderbezogene Auswertungen.....	210
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten	211
§ 13	Datenvalidierung.....	211
§ 14	Bundesfachkommissionen	211
§ 15	Expertengremium auf Bundesebene	212

§ 16 Datenlieferfristen	212
§ 17 Fristen für Berichte.....	213
§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze	213
§ 19 Übergangsregelung.....	213
Anlage I Indikatorenliste	215
Anlage II Erforderlichkeit der Daten.....	227

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teil 1: Rahmenbestimmungen

§ 1 Gegenstand, Geltungsbereich und Ziele der Richtlinie

(1) Die Rahmenbestimmungen legen die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Messung der Versorgungsqualität durch das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Krankenkassen für den Vergleich der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander fest.

(2) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt diese Richtlinie auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. ²Damit werden gemäß Eckpunktebeschluss vom 21. Juli 2016 zur Umsetzung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der datengestützten QS einheitliche Rahmenbedingungen und einheitliche Strukturen auf Landesebene geschaffen. ³Ziele der Richtlinie sind insbesondere:

- a) die Qualität in der medizinischen Versorgung zu sichern und zu fördern
- b) die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität zu verbessern
- c) valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu gewinnen
- d) Erkenntnisse über Qualitätsverbesserungspotenziale zu gewinnen
- e) das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu unterstützen
- f) ein transparentes Verfahren für alle Beteiligten bei der Vorbereitung, Entwicklung, Auswertung, Bewertung und Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gewährleisten
- g) soweit sachgerecht und möglich durch die sektorenübergreifende Betrachtung einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess einzuleiten
- h) Patientensicherheit und Patientorientierung zu stärken
- i) Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen und damit
- j) die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

(3) ¹Diese Richtlinie gilt für einrichtungsübergreifende Verfahren gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V, basierend auf Daten, die zum Zwecke der Qualitätssicherung erhoben, verarbeitet und genutzt werden. ²Diese Verfahren können entweder sektorspezifisch oder sektorenübergreifend ausgestaltet sein.

(4) Einrichtungsübergreifend sind Verfahren, die zur Beurteilung der Qualität einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers auf Vergleiche, z. B. mit anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, aufbauen.

(5) ¹Sektorspezifisch sind Verfahren, die nur auf einen Sektor bezogen Anwendung finden. ²Sektorenübergreifend sind Verfahren, die nicht nur auf einen Sektor bezogen Anwendung finden. ³Erfasst sind damit insbesondere Verfahren,

1. die ein Thema betreffen, bei dem mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben (sektorenüberschreitende Verfahren),
2. die ein Thema betreffen, bei dem die Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren erfolgt (sektorgleiche Verfahren),

Verfahren, die ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer erbrachten Leistung durch die Messung zu einem späteren Zeitpunkt überprüft wird, werden als Follow-up-Verfahren bezeichnet.

(6) ¹Diese Richtlinie gilt insbesondere für:

1. nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
2. zur vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ermächtigte ärztlich oder zahnärztlich geleitete Einrichtungen
3. Krankenkassen.

²Der Geltungsbereich umfasst alle Verträge des vierten Kapitels des SGB V mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 einschließlich aufgrund der Leistungsberechtigung nach § 116b SGB V und soweit relevant aufgrund von Modellvorhaben nach den §§ 63 und 64 SGB V. ³Der Geltungsbereich umfasst alle von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 für GKV-Versicherte erbrachten, in den themenspezifischen Bestimmungen näher benannten Leistungen soweit in den themenspezifischen Bestimmungen nichts Abweichendes geregelt ist.

(7) In die Durchführung der Verfahren sind insbesondere folgende bestehende oder zu gründende Organisationen eingebunden:

1. auf Bundesebene: das Institut nach § 137a SGB V, die Vertrauensstelle, die Bundesstelle nach § 7, die Datenannahmestellen nach § 4 Absatz 6 sowie ggf. die Versendestelle für Patientenbefragungen
2. auf Landesebene:
 - a) Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG), Datenannahmestellen und ggf. unabhängige Auswertungsstellen
 - b) die Träger der Landesarbeitsgemeinschaften: die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), die Landeskrankenhausesellschaften (LKG) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen
3. die Vertragspartner für Maßnahmen nach § 17 Absatz 5
4. gegebenenfalls das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Übermittlung von Daten gemäß § 21 Absatz 3a KHEntgG auf Anfrage des Instituts nach § 137a SGB V.

§ 2 Verfahrensarten

(1) Die Verfahren werden grundsätzlich länderbezogen durchgeführt (im Folgenden: länderbezogene Verfahren).

(2) Bundesbezogene Verfahren sollen insbesondere durchgeführt werden, wenn aufgrund der Eigenart des Themas oder aufgrund der Fallzahlen der Patientinnen oder Patienten oder der leistungserbringenden Personen oder Einrichtungen hinsichtlich eines Themas eine länderbezogene Durchführung nicht angezeigt erscheint.

(3) Die Zuordnung zu einem der Verfahren erfolgt jeweils durch die themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2 dieser Richtlinie.

§ 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen

¹Auf der Grundlage der von dem Institut nach § 137a SGB V zu den vom G-BA ausgewählten Themen entwickelten Indikatoren und Instrumenten werden in den themenspezifischen

Bestimmungen Festlegungen zu den jeweiligen Themen getroffen. ²Diese legen insbesondere fest:

1. Titel und Verfahrensnummer
2. Ziele des Verfahrens

sowie die Bestimmung und sofern erforderlich Begründung:

3. der Art des Verfahrens nach § 2 (länder- oder bundesbezogenes Verfahren)
4. des zugehörigen Datenflussmodells (einschließlich der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Krankenkassen zu verarbeitenden Daten und deren Empfänger)
5. der zulässigen Zeitdauer der Speicherung und des Zeitpunkts der Löschung des Schlüssels durch die Vertrauensstelle
6. von Art und Umfang der Stichprobe und Festlegung der Auswertungsziele, der zu erhebenden Daten nach § 14 einschließlich ihrer Zweckbindung und notwendiger Maßnahmen zur Datensicherheit; Begründung einer eventuell erforderlichen Vollerhebung
7. bundeseinheitlicher Fristen für die jeweiligen Schritte der Durchführung und Berichterstattung und für eventuelle Nachsendefristen
8. der bundeseinheitlichen Dokumentation, elektronischer Datensatzformate und Softwarespezifikationen
9. der bundeseinheitlichen Kriterien für die Datenprüfung, -auswertung und -bewertung, sowie für die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie die Berichterstattung
10. der Vorgaben im Zusammenhang mit dem strukturierten Qualitätsbericht für Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V
11. der Festlegung der wesentlichen Betroffenheit gemäß § 5 Absatz 2
12. der Regelungen zum Standortbezug bei Krankenhäusern.

§ 4 Verfahrensgrundsätze

(1) Der G-BA wählt das jeweilige Thema in einem strukturierten und transparenten Verfahren und auf Grundlage seiner zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Verfahrensordnung aus.

(2) ¹Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erarbeitung von Instrumenten und Qualitätsindikatoren für das ausgewählte Thema. ²Sofern vom G-BA beauftragt, führt das Institut nach § 137a SGB V für die entwickelten Verfahren, z. B. zu Aspekten der EDV-technischen Umsetzung oder der Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern eine Machbarkeitsprüfung bzw. eine Erprobung durch.

(3) Der G-BA erstellt und beschließt themenspezifische Bestimmungen dieser Richtlinie unter Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V.

(4) Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V für die Umsetzung der themenspezifischen Bestimmungen für das ausgewählte Thema die notwendigen Empfehlungen für

- a) die Dokumentation
- b) die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation

- c) Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen, der Datenübermittlung, des abgestimmten Pseudonymisierungsverfahrens nach § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1
- d) Prozesse zum Datenfehlermanagement
- e) EDV-technische Vorgaben zur Datenprüfung
- f) ein Datenprüfprogramm

abzugeben und beschließt über deren Umsetzung.

(5) Der G-BA überprüft die Einhaltung, Umsetzung und Notwendigkeit der Regelungsinhalte dieser Richtlinie.

(6) ¹Der G-BA beauftragt eine von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und deren jeweiligen Verbänden unabhängige Datenannahmestelle für die aufgrund von § 299 Absatz 1a SGB V zu verarbeitenden Daten der Krankenkassen und die Vertrauensstelle gemäß § 11. ²Des Weiteren beauftragt der G-BA bei bundesbezogenen Verfahren die Stelle gemäß § 7 Satz 2.

(7) Der G-BA beauftragt die Bundesauswertungsstelle in Abstimmung mit den LAGen bzw. ersatzweise vor Einrichtung der LAGen mit den sie bildenden Organisationen,

- a) die Datenbankstruktur
- b) Zugriffsrechte gemäß dieser Richtlinie
- c) die Auswertungsroutinen und
- d) notwendige technische Voraussetzungen

für die Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle vorzuhaltenden Daten für ergänzende Auswertungen nach § 6 Absatz 2 in Form einer mandantenfähigen Datenbank zu schaffen und den LAGen zur Verfügung zu stellen.

§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften

(1) ¹Auf der Ebene der Bundesländer oder auch bundeslandübergreifend bilden die jeweilige KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen im Land eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). ²Existieren in einem Land mehrere KVen oder KZVen, sind diese mit einzubeziehen.

(2) ¹Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungsgremium. ²Die Organisationen nach Absatz 1 sind im Lenkungsgremium stimmberechtigt. ³Das Lenkungsgremium ist paritätisch besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen einerseits und Vertreterinnen und Vertretern der in Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringerinnen und der Leistungserbringer andererseits. ⁴Bei Beschlüssen, die nicht alle Sektoren betreffen, werden die Stimmen aller nicht betroffenen Organisationen der Leistungserbringerseite auf die Vertreter der von dem Beschluss wesentlich betroffenen Organisationen bzw. Organisation übertragen. ⁵Die Festlegung hinsichtlich der wesentlichen Betroffenheit erfolgt in den themenspezifischen Bestimmungen. ⁶Das Lenkungsgremium wählt entweder aus seiner Mitte, jeweils zwischen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und Ersatzkassen einerseits und den Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringerorganisationen andererseits, wechselnd eine Vorsitzende oder einen Vorsitzenden oder benennt eine unparteiische Vorsitzende oder einen unparteiischen Vorsitzenden. ⁷Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden den Ausschlag. ⁸Das Lenkungsgremium ist dem G-BA gegenüber für die ordnungsgemäße Durchführung der Richtlinien verantwortlich.

(3) ¹Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt.

²Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landes Zahnärztekammern oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erhalten im Lenkungsgremium ein Mitberatungsrecht. ⁴Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gegenüber der LAG gilt § 140f Absatz 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

(4) ¹Die Träger der LAG richten gemeinsam eine unabhängige neutrale Geschäftsstelle ein und geben der LAG eine Geschäftsordnung. ²Die Struktur der LAG muss bei der Datenverarbeitung im Verhältnis zu ihren Trägerorganisationen die Einhaltung des Datenschutzes nach § 299 SGB V gewährleisten.

(5) ¹Die LAG richtet zur Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen ein mit Expertise jeweils aus dem ambulanten und stationären Bereich, entsprechend der jeweiligen sektorspezifischen oder sektorenübergreifenden Ausrichtung der Verfahren. ²Die Fachkommissionen sollen die fachliche Bewertung der Auswertungen übernehmen. ³Weitere Aufgaben können von ihr im Rahmen der Umsetzung der durch die LAG beschlossenen QS-Maßnahmen übernommen werden. ⁴Hierzu zählt u. a. die Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien oder von Peer-Review-Verfahren. ⁵Die fachlichen Anforderungen an die Qualifikation der Mitglieder richten sich nach dem jeweiligen Themengebiet bzw. Leistungsbereich. ⁶Alle Mitglieder der Fachkommissionen sollen neben den themenspezifischen Fachkenntnissen und Erfahrungen möglichst Kenntnisse und Erfahrungen im Qualitätsmanagement haben. ⁷Von den stimmberechtigten Mitgliedern der Fachkommissionen müssen mindestens 2/3 Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtungen bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein. ⁸Soweit relevant müssen Angehörige der Pflegeberufe angemessen beteiligt werden. ⁹Die näheren Anforderungen regeln die themenspezifischen Bestimmungen. ¹⁰In den Fachkommissionen erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Absatz 1 und 2 SGB V) ein Mitberatungsrecht. ¹¹Themenbezogen können Vertreterinnen und Vertreter anderer Heilberufe ein Mitberatungsrecht erhalten. ¹²Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder der Fachkommissionen (z. B. Reisekosten, Verdienstausschlag) tragen die jeweils entsendenden Organisationen nach Absatz 1 (KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen), nicht die LAG. ¹³Die Kosten für die Teilnahme von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Absatz 1, 2 und 5 SGB V) benannten Beraterinnen und Beratern trägt die LAG. ¹⁴Die in der Verordnung nach § 140g SGB V genannten oder nach dieser Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts in der LAG sowie in den Fachkommissionen organisatorisch und inhaltlich von der jeweiligen LAG in entsprechender Anwendung des § 140f Absatz 6 SGB V unterstützt.

(6) Sofern von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, bundeslandübergreifend eine LAG einzurichten, ist sicherzustellen, dass eine Darstellung der Aufgabenerfüllung, insbesondere die der Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen, landesbezogen erfolgen kann.

(7) Soweit die LAG nach dieser Richtlinie andere Organisationen mit der Durchführung von Aufgaben betraut, verbleibt die Durchführungsverantwortung beim Lenkungsgremium der LAG.

§ 6 Aufgaben der LAG

(1) Die LAG hat bei länderbezogenen Verfahren insbesondere die folgenden Aufgaben:

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der länderbezogenen Verfahren, für die Aufgaben nach Nummer 2 bis 7 und 9
 2. Bewertung der Auffälligkeiten, Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung der qualitätsverbessernden Maßnahmen entsprechend den Regelungen in § 17 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen nach § 9
 3. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten gemäß § 19
 4. Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 25
 5. Durchführung der Datenvalidierung
 6. Förderung des Austausches der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander über qualitätsverbessernde Maßnahmen
 7. laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrem Zuständigkeitsbereich sowie deren barrierefreie Darstellung im Internet nach Maßgabe der von dem Institut nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze
 8. Datenannahme bei Vorliegen einer Erklärung nach § 9 Absatz 1 Satz 5
 9. Umsetzung von Aufgaben, die sich aus den Regelungen zum Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V ergeben und die zur Veröffentlichung geeigneter Qualitätsergebnisse im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser notwendig sind.
- (2) Die LAG kann eine Auswertungsstelle nach § 10 für ergänzende Auswertungen auf Basis der nach § 4 Absatz 7 bzw. § 10 Absatz 2 Nummer 4 zur Verfügung gestellten Daten (z. B. Unterstützung Stellungnahmeverfahren, Plausibilisierung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung gestellten Auswertungen, Unterstützung der Organisationen im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung nach § 17) beauftragen.

§ 7 Bundesstelle

¹Die Bundesstelle ist der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. ²Die Funktion analog zu § 5 Absatz 4 übernimmt im Auftrag des G-BA das Institut nach § 137a SGB V, wenn nicht der G-BA unter vergleichbaren Bedingungen eine andere Organisation beauftragt. ³Die Gesamtverantwortung für die Verfahren und Maßnahmen auf Bundesebene trägt der Unterausschuss Qualitätssicherung als Lenkungsgremium.

§ 8 Aufgaben der Bundesstelle

- (1) Die Bundesstelle nimmt in ihrer Funktion als Lenkungsgremium insbesondere folgende Aufgaben wahr:
1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der bundesbezogenen Verfahren und deren Bewertungen durch die Bundesfachkommissionen
 2. Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen gemäß den Regelungen in § 17
- (2) Für bundesbezogene Verfahren nimmt die Stelle nach § 7 Satz 2 in Abstimmung mit dem Lenkungsgremium nach § 8 Absatz 1 folgende Aufgaben wahr:

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der bundesbezogenen Verfahren, für die Aufgaben nach Nummer 2 bis 7
2. Bewertung der Auffälligkeiten
3. Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen gemäß den Regelungen in § 17 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen nach § 9
4. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten gemäß § 19
5. Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 25
6. Laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung für bundesbezogene Verfahren sowie deren barrierefrei Darstellung im Internet nach Maßgabe der von dem Institut nach § 137a SGB V aufgestellten einheitlichen Grundsätze
7. Umsetzung der Aufgaben die sich aus den Regelungen zum Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V ergeben und die zur Veröffentlichung geeigneter Qualitätsergebnisse im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser notwendig sind.

(3) ¹Die Bundesstelle richtet zur Durchführung ihrer Aufgaben Bundesfachkommissionen ein. ²Für mögliche weitere Aufgaben der Bundesfachkommissionen, für die fachlichen Anforderungen an die Qualifikation der Mitglieder sowie für die Besetzung einschließlich der Mitberatungs- und Beteiligungsrechte gelten die Vorgaben des § 5 Absatz 5 entsprechend. ³In begründeten Fällen kann die Zusammensetzung einer Bundesfachkommission durch das Lenkungsgremium beanstandet werden. ⁴Die Kosten für die Teilnahme an den Bundesfachkommissionen von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f Absatz 1, 2, 5 und 6 SGB V trägt die Stelle nach § 7 Satz 2.

(4) Für die Beauftragung der Auswertungsstelle gilt § 10 Absatz 2.

§ 9 Datenannahmestelle

(1) ¹Datenannahmestellen sind diejenigen Stellen, an welche die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Krankenkassen die erhobenen Daten übermitteln. ²Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist die zuständige KV/KZV. ³Datenannahmestelle für Krankenhäuser ist die LQS oder die LKG. ⁴Die Datenannahmestellen nach Satz 2 und 3 führen die Datenannahme für ihre Mitglieder auf eigene Kosten durch. ⁵Eine gemäß Satz 2 oder Satz 3 für die Datenannahme zuständige Datenannahmestelle kann mit einer Frist von 18 Monaten zum Jahresende gegenüber der zuständigen LAG schriftlich erklären, dass sie die Datenannahme für ihre Mitglieder nicht auf eigene Kosten durchführt und damit ihre Funktion als Datenannahmestelle beendet. ⁶Bei einer Erklärung nach Satz 5 übernimmt die zuständige LAG oder ein von ihr mit der Datenannahme beauftragter geeigneter Dritter zum auf die Erklärung folgenden übernächsten Jahresbeginn die Aufgabe als Datenannahmestelle an Stelle der in Satz 2 bzw. Satz 3 genannten Institutionen. ⁷Datenannahmestelle für Daten betreffend die selektivvertragliche Tätigkeit von SV-LE ist die Vertrauensstelle nach § 11. ⁸Datenannahmestelle für die aufgrund von § 299 Absatz 1a SGB V zu verarbeitenden Daten der Krankenkassen ist die vom G-BA nach § 4 Absatz 6 Satz 1 beauftragte Stelle. ⁹Die in Satz 2, 3 und 6 genannten Datenannahmestellen können getrennt oder gemeinsam geeignete Dritte mit der Datenannahme beauftragen. ¹⁰Bei der Beauftragung eines Dritten ist auszuschließen, dass eine KV oder KZV Daten der Krankenhäuser oder eine LKG oder LQS Daten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte annimmt.

(2) ¹Die Datenannahmestellen haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. Annahme der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen übermittelten Daten
2. Prüfung der übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit
3. Weiterleitung der Daten mit dem Ergebnis der Überprüfung an die Vertrauensstelle, sofern notwendig
4. Ersetzung der die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizierenden Daten durch ein pro Verfahren unterschiedliches Pseudonym
5. Unterstützung der LAG bzw. der Bundesstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10
6. Unterstützung und Beratung der jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Rahmen der Datenannahme
7. Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß § 17 Absatz 7, soweit dies zur Durchführung der Maßnahmen nach § 17 erforderlich ist
8. Weiterleitung der von der Bundesauswertungsstelle erstellten Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 18 Absatz 1
9. Annahme von Aufstellungen zur Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) und von Konformitätserklärungen sowie Information der Bundesauswertungsstelle über fehlende Konformitätserklärungen gemäß § 15 Absatz 2 und 3
10. Erteilung von Bescheinigungen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß § 15 Absatz 4
11. Erstellung und Übermittlung von Berichten, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Erfassungsjahr zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgehen, gemäß § 15 Absatz 5
12. Beteiligung an der Datenvalidierung gemäß § 16 Absatz 2, soweit dies in den spezifischen Vorgaben zum Datenvalidierungsverfahren vorgesehen ist.

²Die Vorgaben des Datenschützes insbesondere des § 299 SGB V sind bei allen Datenannahmestellen einzuhalten.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert die Regelung zur Datenannahme und den Datenannahmestellen insbesondere auf deren Wirtschaftlichkeit und prüft bis zum 31. Dezember 2021, ob die Datenannahme durch eine gemeinsame Datenannahmestelle auf Bundesebene effizienter und wirtschaftlicher erbracht werden kann.

§ 10 Auswertungsstellen

(1) ¹Auswertungsstellen sind Stellen, die Auswertungen der Qualitätssicherungsdaten nach bundeseinheitlichen Kriterien und gemäß den in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Auswertungszielen vornehmen. ²Sie müssen die Anforderungen des § 299 Absatz 3 SGB V erfüllen.

(2) ¹Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V oder eine andere Einrichtung als Bundesauswertungsstelle. ²Sie hat folgende Aufgabenstellung:

1. Die Prüfung der an sie übermittelten Datensätze auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Plausibilität soweit diese Prüfung durch die Datenannahmestelle gemäß § 9 Absatz 2 nicht umfassend erfolgt oder nicht auf geeignete Weise belegt ist
2. die patientenbezogene Zusammenführung und Prüfung der zusammengeführten Datensätze

3. die Auswertung der geprüften Daten, nach bundeseinheitlichen Kriterien auch für länderbezogene Verfahren und die Weiterleitung dieser Auswertung an die LAG
4. die Vorhaltung der geprüften Daten für länderbezogene Verfahren und Gewährung der Nutzungsmöglichkeit für ergänzende Auswertungen nach § 6 Absatz 2
5. die Übermittlung angeforderter anonymisierter Datenauswertungen an den G-BA.

§ 11 Vertrauensstelle

(1) ¹Die Vertrauensstelle ist eine Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten gemäß § 14 Absatz 2, die im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhoben werden, pseudonymisiert. ²Als Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 7 nimmt die Vertrauensstelle die von den SV-LE im Rahmen der selektivvertraglichen Tätigkeit erhobenen Daten an und pseudonymisiert die leistungserbringeridentifizierenden Daten.

(2) ¹Der G-BA beauftragt eine generelle Vertrauensstelle. ²Der G-BA kann für einzelne Verfahren eine andere Vertrauensstelle beauftragen.

(3) ¹Die Vertrauensstelle muss den Anforderungen nach § 299 Absatz 2 SGB V genügen. ²Die Vertrauensstelle hat die zu pseudonymisierenden, -patientenidentifizierenden Daten nach erfolgter Pseudonymisierung und Weiterleitung des Pseudonyms zu löschen. ³Sie erstellt grundsätzlich pro Verfahren ein Patientenpseudonym. ⁴Eine Reidentifikation von Patientinnen oder Patienten anhand des Patientenpseudonyms ist auszuschließen.

§ 12 Zusammenarbeit

(1) ¹Die in §§ 5, 6 und 8 bis 11 genannten Stellen sollen jeweils als Kooperationspartner mit dem G-BA bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Leistungen einen wechselseitigen Rückkopplungsmechanismus über die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickeln und anwenden. ²Hierzu gehören auch die Meldungen von zeitlichen Verzögerungen oder Kooperationsproblemen hinsichtlich der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie konkreter verfahrensbezogener Veränderungsbedarfe an den G-BA.

(2) Die in §§ 5 bis 11 genannten Stellen sowie alle weiteren beteiligten Personen und Organisationen sollen jeweils als Kooperationspartner mit dem Ziel der Verbesserung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zusammenarbeiten.

(3) Die LAGen nach § 5 können nach Entscheidung des Lenkungsgremiums die Krankenhausplanungsbehörden der Länder bei Fragen der Qualitätssicherung unterstützen.

§ 13 Grundmodell des Datenflusses

(1) Der Fluss der Daten erfolgt grundsätzlich elektronisch und in elektronisch auswertbarer Form unter Einbeziehung einer Datenannahmestelle und – soweit patientenidentifizierende Daten verarbeitet werden – einer Vertrauensstelle an die Bundesauswertungsstelle.

(2) ¹Der G-BA legt in den themenspezifischen Bestimmungen jeweils die erforderlichen Daten fest. ²Er gibt die Softwarespezifikationen für die Erfassung der Daten nach § 14 vor. ³Dabei kann er sich des Instituts nach § 137a SGB V oder einer anderen Stelle auf Bundesebene bedienen. ⁴Die jeweils beauftragte Stelle auf Bundesebene bezieht zur Definition der erforderlichen Datenschnittstellen und Anforderungen an die Dokumentationssoftware Vertreterinnen und Vertreter aller Parteien ein, die durch den Datenfluss berührt sind. ⁵Dies sind insbesondere die KBV, die KZBV, die DKG, der GKV-SV, die PKV, die LAGen und Anbieter von Praxis- und Krankenhaussoftware. ⁶Das Institut nach

§ 137a SGB V erstellt und pflegt ein Datenprüfprogramm gemäß § 4 Absatz 4 und macht es öffentlich zugänglich.

(3) ¹Für den konkreten Fluss der Daten bei einzelnen Themen gilt das in der Anlage beschriebene Grundmodell. ²Weitere Konkretisierungen erfolgen in den themenspezifischen Bestimmungen.

(4) Abweichungen von diesem Grundmodell sind durch die themenspezifischen Bestimmungen möglich.

§ 14 Arten der Daten

(1) Hinsichtlich der Daten ist zu unterscheiden zwischen patientenidentifizierenden, leistungserbringeridentifizierenden, krankenkassenidentifizierenden Daten, Qualitätssicherungsdaten und administrativen Daten.

(2) Patientenidentifizierende Daten (PID) sind personenbezogene Daten, die eine eindeutige Identifikation von Versicherten ermöglichen (z. B. die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V).

(3) Leistungserbringeridentifizierende Daten (LE) sind einrichtungsbezogene Daten, die eine eindeutige Identifikation von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ermöglichen (z. B. die Betriebsstättennummer, die Arztnummer, das Institutionskennzeichen der Einrichtung).

(4) Krankenkassenidentifizierende Daten (KK) sind Daten, die eine eindeutige Identifikation von Krankenkassen ermöglichen (z. B. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse).

(5) ¹Qualitätssicherungsdaten (QD) sind die für das jeweilige Verfahren relevanten Behandlungsdaten, die Angaben zum Gesundheitszustand der Betroffenen oder über die erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen enthalten, sowie weitere in den themenspezifischen Bestimmungen festzulegende relevante Daten. ²In der Regel sind sie prospektiv zu erheben. ³Gemeinsam mit den Qualitätssicherungsdaten wird eine von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für den Dokumentationszeitraum und die Patientin oder den Patienten eindeutig generierte Vorgangsnummer geliefert, die nur ihnen die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten ermöglicht.

(6) ¹Administrative Daten (AD) sind Daten, die zur Prüfung auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit geeignet sind sowie weitere, meldebezogene Daten. ²Die meldebezogenen Daten umfassen Daten, die insbesondere der Organisation des Datenflusses dienen, z. B. die meldende Krankenkasse und die meldenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bis zur Pseudonymisierung durch die Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1, Standort, Zeitstempel und Nummer des Datensatzes, das Thema der jeweiligen Datenlieferung sowie Angaben über Kommunikationspartner.

§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten

(1) ¹Die in § 1 Absatz 6 genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, die nach den themenspezifischen Bestimmungen erforderlichen Daten zu erheben und nach Vorgabe dieser Richtlinie zu übermitteln. ²Die Krankenkassen sind verpflichtet, die nach § 284 Absatz 1 SGB V erhobenen und gespeicherten sowie nach den themenspezifischen Bestimmungen erforderlichen Daten nach Vorgabe dieser Richtlinie zu übermitteln.

(2) ¹Um der Datenannahmestelle und ggf. Bundesauswertungsstelle die Überprüfung der Vollzähligkeit zu ermöglichen, erstellen die Krankenhäuser für alle behandelten Patientinnen und Patienten krankenhauses- und standortbezogen und die Vertragsärztinnen und

Vertragsärzte für ihre im Rahmen von Selektivverträgen behandelten Patientinnen und Patienten eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. ²Diese Aufstellung wird gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form der Datenannahmestelle übermittelt. ³Die jeweilige KV/KZV erstellt für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 1 Absatz 6 Nummer 2 eine Aufstellung gemäß dem in der Spezifikation vorgegebenen bundeseinheitlichen Format für die im Rahmen von Kollektivverträgen behandelten Patientinnen und Patienten, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht und übermittelt diese an die jeweilige Datenannahmestelle, auch wenn die KV/KZV die Funktion der Datenannahmestelle selbst ausübt.

(3) ¹Die Aufstellung nach Absatz 2 Satz 1 ist mit einer Erklärung über die Richtigkeit der Angaben, die von einer vertretungsberechtigten Person der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterzeichnet ist, zu übermitteln (Konformitätserklärung). ²Die Übermittlung erfolgt mindestens einmal jährlich, es sei denn ein abweichender Zeitpunkt wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt. ³Die Datenannahmestelle informiert die Bundesauswertungsstelle über das Nichtvorliegen einer Konformitätserklärung.

(4) ¹Die jeweilige Datenannahmestelle erteilt den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 2 bis zum 30. April des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres eine Bescheinigung über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß diesen Bestimmungen. ²Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 ist in dieser Bescheinigung zu vermerken, ob sie ihren Berichtspflichten sowie ihrer Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 3 fristgerecht nachgekommen sind. ³Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 legt diese Bescheinigung dem jeweiligen Vertragspartner zusammen mit den tatsächlichen Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) vor. ⁴Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 3 ist in dieser Bescheinigung die für sie von der jeweiligen Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle übermittelte Anzahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) zu vermerken.

(5) Die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2, 3, 6 und 7 übermitteln mindestens einmal jährlich in elektronischer Form gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format eine Aufstellung an die Bundesauswertungsstelle, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Erfassungsjahr zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß Absatz 2 hervorgeht.

§ 16 Datenvalidierung

(1) Die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten sind von der Bundesauswertungsstelle und den LAGen gemäß dem Datenvalidierungsverfahren auf ihre Validität zu prüfen.

(2) Die von den Krankenkassen übermittelten Daten sind von der Bundesauswertungsstelle und ggf. unter Beteiligung der Datenannahmestelle gemäß dem Datenvalidierungsverfahren auf ihre Validität zu prüfen.

(3) Spezifische Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren, insbesondere zum Umfang und zur Grundlage einer Stichprobenprüfung erfolgen in den themenspezifischen Bestimmungen und in gesonderten Beschlüssen.

(4) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Krankenkassen sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen. ²Bei Auffälligkeiten haben sie auf Nachfrage der datenvalidierenden Stelle an der Aufklärung und Beseitigung der Ursachen mitzuwirken. ³Soweit dies nicht erfolgt, kommen die Maßnahmen nach § 17 entsprechend zur Anwendung.

(5) ¹Die Krankenkassen bestätigen gegenüber der Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 8 und der Bundesauswertungsstelle, dass die nach Vorgabe dieser Richtlinie und der themenspezifischen Bestimmungen erforderlichen Daten übermittelt worden sind. ²Um der Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 8 und der Bundesauswertungsstelle die Überprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten zu ermöglichen, erstellen die Krankenkassen eine Aufstellung, aus der die Zahl der übermittelten Datensätze hervorgeht. ³Die Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form an die Datenannahmestelle und die Bundesauswertungsstelle übermittelt. ⁴Die Bestätigung und die Aufstellung sind von einer vertretungsberechtigten Person der Krankenkasse zu unterzeichnen. ⁵Die Übermittlung erfolgt mindestens einmal jährlich.

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) ¹Zuständige Stelle für die Bewertung der nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 übermittelten Auswertungen, sowie für die Einleitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen sind:

- a) bei länderbezogenen Verfahren die LAGen
- b) bei bundesbezogenen Verfahren die Bundesstelle (Unterausschuss Qualitätssicherung).

²Sie tragen jeweils gegenüber dem G-BA die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen. ³Im Rahmen dieser Gesamtverantwortung erfolgt die Durchführung der einzelnen QS-Maßnahmen durch die Stelle nach § 5 Absatz 4 bzw. § 7 Satz 2 unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß § 5 Absatz 5 oder § 8 Absatz 3. ⁴Soweit aus rechtlichen Gründen zur Durchführung oder Durchsetzung der Maßnahmen notwendig, wird diese an die zuständige KV/KZV oder an die Krankenkassen übertragen. ⁵Die zuständige Stelle nach Satz 1 prüft unter Beteiligung der Fachkommission gemäß § 5 Absatz 5 oder § 8 Absatz 3 die ihr übermittelten Auswertungen auf Auffälligkeiten ohne Kenntnis der Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, sofern eine Depseudonymisierung für den Zweck der Prüfung nicht zwingend erforderlich ist.

(2) ¹Ergeben die Auswertungen Auffälligkeiten bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, erfolgt deren oder dessen Depseudonymisierung gegenüber der durchführenden Stelle nach Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 und wird ihr oder ihm zunächst Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben („Stellungnahmeverfahren“). ²Hierzu gehören neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis der Leistungserbringerin und des Leistungserbringers auch Begehungen. ³Das Stellungnahmeverfahren erfolgt unter der Verantwortung der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 3 und 4. ⁴Das Verfahren nach Satz 1 und 2 kann darüber hinaus auch dann durchgeführt werden, wenn eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer auffällig gute Ergebnisse hat oder in Vorjahren wiederholt auffällig war. ⁵Soweit zur Aufklärung etwaiger Qualitätsmängel, z. B. im Rahmen einer Längsschnittbetrachtung, erforderlich, können der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens auch bei anderen Leistungserbringern oder den Krankenkassen erhobene personenbezogene Daten der oder des Versicherten übermittelt werden, soweit diese konkret für das Stellungnahmeverfahren relevant sind.

(3) ¹Können die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht ausreichend aufgeklärt werden, beschließt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen und legt unter Beteiligung der in Absatz 1 Satz 3 und 4 jeweils genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen fest. ²Primär soll durch die in Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 genannte zuständige Stelle eine auf Beseitigung von verbleibenden Zweifeln gerichtete Vereinbarung mit den betreffenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, es sei

denn es bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände. ³Als Inhalt einer Vereinbarung kommen beispielsweise in Betracht (Maßnahmenstufe 1):

- a) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- b) Teilnahme am Qualitätszirkel
- c) Implementierung von Behandlungspfaden
- d) Durchführung von Audits
- e) Durchführung von Peer Reviews
- f) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

(4) ¹Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände, verweigert eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer den Abschluss oder die Erfüllung einer Vereinbarung oder wird der durch die Vereinbarung angestrebte Zustand in der vorgesehenen Zeit nicht erreicht, ist der betroffenen Leistungserbringerin oder dem betroffenen Leistungserbringer Gelegenheit zur Äußerung zu geben. ²Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen. ³Die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 entscheidet unter Berücksichtigung der Äußerung über die Anwendung folgender Maßnahmen (Maßnahmenstufe 2):

- a) Korrektur der Vereinbarung
- b) Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen.

⁴Die weitere Umsetzung dieser Empfehlungen erfolgt bei kollektivvertraglich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten durch die zuständige KV/KZV, bei allen anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Rahmen der jeweiligen Vertragsbeziehungen.

(5) ¹Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Auffälligkeiten, in Fällen, in denen die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer an der Qualitätssicherungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig teilnimmt oder in anderen Fällen mit dringendem Handlungsbedarf kann die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 von dem vorgesehenen Stufenplan abweichen und unverzüglich Maßnahmen nach Absatz 4 beschließen bzw. bei kollektivvertraglich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten der zuständigen KV/KZV deren weitere Umsetzung empfehlen. ²Bei allen anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erfolgt die Umsetzung im Rahmen der jeweiligen Vertragsbeziehungen.

(6) ¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen die Maßnahme nach Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b aus. ²Das Nähere regeln die themenspezifischen Bestimmungen.

(7) ¹Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 2 bis 4 unterstützen die zuständige Datenannahme- und die Auswertungsstelle die zuständigen Stellen bei der Klärung der Auffälligkeiten. ²Soweit erforderlich, wird der zuständigen Stelle die Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers ermöglicht.

(8) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 zuständigen Stellen melden der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 zu einem in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Zeitpunkt zeitnah zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die Fristen für die Berichterstattung werden in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

(9) Bei Krankenhäusern hat die Bewertung rechnerisch auffälliger Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, für die eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse im Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorgegeben ist, entsprechend den dort festgelegten Anforderungen zu erfolgen.

§ 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erhalten zu den von ihnen übermittelten Daten Rückmeldeberichte. ²Die Bundesauswertungsstelle leitet die nach einheitlichen Vorgaben erstellten Berichte an die Datenannahmestellen weiter. ³Die Kenntnisnahme des Inhalts der Berichte durch die Datenannahmestellen ist nicht zulässig. ⁴Die jeweilige Datenannahmestelle sendet die Berichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. ⁵Es kann auch der Abruf von Berichten durch die Empfängergruppe im Rahmen eines Online-Verfahrens vorgesehen werden.

(2) Der jeweilige Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollständigkeit und die statistische Darstellung der von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer übermittelten Daten sowie jeweils der Vergleichsgruppe enthalten.

(3) ¹Der Rückmeldebericht soll für die Empfängergruppe gut verständlich aufbereitet sein. ²Er soll Verläufe und Entwicklungen im betroffenen Verfahren sowohl bezogen auf die jeweilige Leistungserbringerin oder den jeweiligen Leistungserbringer als auch bezogen auf die Vergleichsgruppe ermöglichen. ³Die KVen, KZVen, LKG/LQS können auf Anfrage und mit Einwilligung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Einsicht in den jeweiligen Rückmeldebericht nehmen.

(4) Der Rückmeldebericht enthält ausschließlich statistische Auswertungen als Grundlage für die Bewertungen gemäß § 17 worauf ausdrücklich hinzuweisen ist.

(5) Der Rückmeldebericht ist der Empfängergruppe unverzüglich nach dem jeweiligen Ende der Abgabefrist der Daten zu übermitteln.

§ 19 Qualitätssicherungsergebnisberichte an das Institut nach § 137a SGB V

(1) ¹Die LAG übermittelt dem Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. ²Der Zeitpunkt der Abgabe wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

(2) ¹Die Qualitätssicherungsergebnisberichte sind in einem einheitlichen Berichtsformat, welches themenspezifisch festgelegt wird, zu erstellen. ²Die Spezifikation zur Form des Berichtsformates wird von dem Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen erstellt.

(3) Im Rahmen des einheitlichen Berichtsformats ist sicherzustellen, dass die Qualitätssicherungsergebnisberichte folgende Aspekte beinhalten:

1. eine qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse
2. die Art, Häufigkeit und Ergebnisse aller durchgeführten oder zur Durchführung empfohlenen Qualitätssicherungsmaßnahmen
3. die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen
4. Erfahrungsberichte aus den Fachkommissionen
5. Angaben zur Dokumentationsqualität und
6. Angaben über wiederholte oder besonders schwerwiegende Auffälligkeiten.

(4) Die Verpflichtung nach Absatz 1 bis 3 gilt auch für andere Organisationen auf Bundes- oder Landesebene, die mit der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dieser Richtlinie beauftragt sind.

§ 20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA

¹Das Institut nach § 137a SGB V erstellt jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. ²In dem Bericht fasst es die Ergebnisse der Bundesauswertung und die eigenen sowie die durch die Qualitätssicherungsergebnisberichte übermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammen. ³Dieser Bericht umfasst auch Angaben zur Datenvalidität sowie eine Evaluation des Verfahrens anhand dieser Ergebnisse z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens.

§ 21 Ablösung länderbezogener Verfahren

¹Erfüllt die LAG die ihr obliegenden Aufgaben einschließlich der Wahrnehmung der Organisationsverantwortung für von ihr in die Erfüllung ihrer Aufgaben einbezogene Stellen nicht, ist der G-BA berechtigt, nach fruchtlosem Ablauf einer mit schriftlicher Aufforderung zur ordnungsgemäßen Erfüllung der Aufgabe gesetzten, angemessenen Frist das von der mangelhaften Erfüllung betroffene länderbezogene Verfahren im Zuständigkeitsbereich der betroffenen LAG durch die Bundesstelle oder eine andere Stelle durchführen zu lassen. ²Die Durchführung des von der mangelhaften Erfüllung betroffenen länderbezogenen Verfahrens durch die Bundesstelle oder eine andere Stelle erfolgt dabei solange, bis die LAG die ihr obliegenden Aufgaben einschließlich der Wahrnehmung der Organisationsverantwortung übernehmen kann. ³Die der bisher mit der Aufgabe betrauten Stelle oder Organisation für diese Aufgabe gewährte Vergütung ist zurückzufordern. ⁴Die Kosten für die ersatzweise Durchführung nach Satz 1 sind von der betroffenen LAG zu tragen.

§ 22 Finanzierung

(1) ¹Die Finanzierung der LAG zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Richtlinie für die Durchführung der länderbezogenen Verfahren erfolgt durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. ²Hierzu wird auf vertraglicher Grundlage gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, KV, KZV und LKG anhand der konkreten Gegebenheiten und unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit der Haushalt der LAG aufgestellt. ³Das Nähere zur Verwendung der Mittel für die LAG ergibt sich aus dem Haushalt.

(2) ¹Die nach Absatz 1 erforderlichen Finanzmittel werden direkt von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen an die LAGen als Gesamtbetrag gezahlt. ²Dazu teilt die jeweilige LAG einer auf Landesebene von den Krankenkassen zu benennenden Stelle den Gesamtbetrag mit. ³Die Höhe des Gesamtbetrages ergibt sich aus dem vereinbarten Haushalt jeder LAG. ⁴Mit dem Gesamtbetrag sind sämtliche Aufwände, die aus den Aufgaben der LAG resultieren, abgedeckt.

(3) ¹Der Haushalt sowie ein jährlicher Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, sind durch die LAG bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. ²Der G-BA prüft regelmäßig die Wirtschaftlichkeit der LAGen insbesondere durch Vergleiche. ³Das Ergebnis wird den Trägern der LAG mitgeteilt. ⁴Der G-BA legt einheitliche Vorgaben für die Übersichten der entstandenen Kosten nach Absatz 1 Satz 3 sowie die Maßstäbe zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit fest. ⁵Er evaluiert seine Regelung zur Finanzierung im Hinblick auf eine wirtschaftliche Umsetzung der Aufgaben durch die LAGen und passt diese gegebenenfalls an.

(4) ¹Die Finanzierung der zusätzlich entstehenden Aufwände für die Durchführung von Aufgaben nach dieser Richtlinie bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten wird nicht in dieser Richtlinie geregelt,

sondern gesondert gemäß § 87 SGB V vereinbart. ²Die Finanzierung der internen Dokumentation im Krankenhaus wird nicht in dieser Richtlinie geregelt, sondern ist nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG zwischen DKG und GKV-SV zu vereinbaren.

§ 23 Bindung der einbezogenen Organisationen

¹Sofern nach dieser Richtlinie Organisationen in die Erfüllung von Aufgaben einbezogen sind, die nicht bereits nach dem SGB V an die Vorgaben dieser Richtlinie gebunden sind, ist diese Bindung jeweils vertraglich von der jeweiligen Auftraggeberin oder dem jeweiligen Auftraggeber vorzunehmen. ²Ohne eine solche vertragliche Bindung ist eine Einbeziehung in die Erfüllung der Aufgaben durch diese Organisationen unzulässig.

§ 24 Information der Patientinnen und Patienten

¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten etwa anhand von Merkblättern in verständlicher Weise über Zweck und Inhalt des sie betreffenden Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren. ²Dies umfasst eine Information über die zu erhebenden Daten, die erhebenden und verarbeitenden Stellen sowie die Verwendung der Daten und den weiteren Umgang mit ihnen. ³Patientinnen und Patienten erhalten auch Hinweise auf patientenrelevante Informationsquellen unter Berücksichtigung von Empfehlungen der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V.

§ 25 Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind von den Organisationen nach § 1 Absatz 7 Nummer 1 und 2 über das Qualitätssicherungsverfahren zu informieren und bei der Umsetzung zu beraten. ²Dies umfasst beispielsweise Informationen über die Auslösekriterien der Verfahren, d. h., wie zu erkennen ist, bei welcher Patientengruppe wann welche Daten zu erheben sind.

§ 26 Expertengremien auf Bundesebene

(1) ¹Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren soll das Institut nach § 137a SGB V auf Bundesebene fach- bzw. themenspezifische Gremien, insbesondere mit Fachexperten aus dem vertragsärztlichen Bereich und den Krankenhäusern, einrichten. ²Hierbei werden auch bis zu jeweils zwei sachkundige Personen als Experten von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V mit einbezogen. ³Die Kosten für die Teilnahme an den Expertengremien auf Bundesebene von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f Absatz 1, 2, 5 und 6 SGB V trägt das Institut nach § 137a SGB V.

(2) ¹Die von diesen Gremien erarbeiteten Empfehlungen fließen in die Arbeitsergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V ein. ²Zu spezifischen Fragestellungen können weitere Experten hinzugezogen werden.

(3) Diese Expertengremien sollen das Institut nach § 137a SGB V insbesondere zu folgenden Punkten beraten bzw. deren Aufgaben unterstützen:

- a) Medizinische Expertise für das Erfassen und Darstellen qualitätssicherungsrelevanter Sachverhalte

- b) fachliche Expertise bei der Durchführung von Machbarkeitsprüfungen und Erprobungen von neuen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren
 - c) Empfehlungen für die Festlegung und Anpassung von Rechenregeln und Referenzbereichen
 - d) Pflege und Weiterentwicklung von einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren auf Basis der Ergebnisse der Datenauswertungen und Datenvalidierung sowie aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse
 - e) Analyse potenzieller Datenquellen und Integration verschiedener Qualitätssicherungsinstrumente
 - f) Analyse des Handlungsbedarfs zur Umsetzung von Qualitätsverbesserungen in der Versorgung
 - g) Fragen der Abrechnung, Kodierpraxis und Datenverarbeitung in den jeweiligen Versorgungssektoren
 - h) Beratung der Inhalte des Bundesqualitätsberichts gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.
- (4) Die Grundsätze für die Einbeziehung der Fachexperten legt das Institut nach § 137a SGB V in seinen Methodischen Grundlagen fest.
- (5) Die Zusammensetzung dieser Expertengremien und weitere organisatorische Vorgaben können in den Themenspezifischen Bestimmungen oder gesonderten Beschlüssen festgelegt werden.

Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren

§ 1 Allgemeines

(1) Das in Teil 1 § 13 der Richtlinie dargelegte Grundmodell des Datenflusses gilt für die Verfahren der Richtlinie, es sei denn die themenspezifischen Bestimmungen sehen Abweichungen gemäß Teil 1 § 13 Absatz 4 vor.

(2) Zur Verschlüsselung, Übermittlung und Pseudonymisierung der nach dieser Richtlinie erhobenen und verarbeiteten Daten werden bundeseinheitlich Verfahren und Schnittstellen verwendet, die datenschutzkonform sind und die Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik bezüglich des zu verwendenden Pseudonymisierungsverfahrens berücksichtigen.

§ 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie sowie die Krankenkassen übermitteln die nach Teil 1 § 15 der Richtlinie erhobenen und geprüften Datensätze an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle. ²Die Daten bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie bei den Krankenkassen werden von diesen jeweils anhand eines vom Institut nach § 137a SGB V erstellten einheitlichen Datenprüfprogrammes nach Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie oder den EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit geprüft. ³Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 der Richtlinie fügen ein automatisiertes Protokoll der Prüfung nach Satz 2 den Datensätzen, die für selektivvertraglich erbrachte Leistungen erhoben wurden, bei.

(2) ¹Die patientenidentifizierenden Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie zur Erzeugung eines Pseudonyms werden zudem bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie sowie den Krankenkassen so verschlüsselt, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Vertrauensstelle sie lesen kann. ²In der Regel wird zur Patientenidentifikation die lebenslange Krankenversicherungsnummer für Versicherte verwendet.

(3) ¹Bei Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV/KZVen), Satz 3 (LQS/LKG), Satz 6 (LAG) und Satz 8 (Datenannahmestelle Krankenkassen – DAS KK) der Richtlinie werden die Qualitätssicherungsdaten bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie oder den Krankenkassen so verschlüsselt, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur diese Datenannahmestelle sie entschlüsseln und für die Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit nutzen kann. ²Bei der Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 7 der Richtlinie werden die Qualitätssicherungsdaten bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie so verschlüsselt, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle sie entschlüsseln, und für die weitere Nutzung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stellen kann.

(4) ¹Zur Gewährleistung der Vollzähligkeitsprüfung übermitteln kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie (KV/KZV) zudem zusätzlich die dafür erforderlichen administrativen Daten. ²Alle anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln der jeweils zuständigen Datenannahmestelle die Konformitätserklärung gemäß Teil 1 § 15 Absatz 2 bis 4 der Richtlinie.

§ 3 Verfahren in der Datenannahmestelle

(1) ¹Die jeweilige Datenannahmestelle überprüft die an sie fristgerecht gelieferten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit. ²Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie (KV/KZVen) prüfen die Plausibilität und Vollständigkeit anhand der EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung oder des Datenprüfprogramms nach Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie und die Vollzähligkeit der Datensätze anhand der zusätzlich übermittelten administrativen Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 6 der Richtlinie. ³Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 und 6 der Richtlinie (LQS/LKG und LAG) prüfen die Plausibilität und Vollständigkeit anhand der EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung oder des Datenprüfprogramms nach Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie und die Vollzähligkeit anhand der Konformitätserklärung gemäß Teil 1 § 15 Absatz 2 bis 4 der Richtlinie. ⁴Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 7 der Richtlinie (Vertrauensstelle) prüft das Prüfprotokoll auf formale Auffälligkeiten und die Vollzähligkeit der Datensätze anhand der Konformitätserklärung gemäß Teil 1 § 15 Absatz 2 bis 4 der Richtlinie. ⁵Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie (DAS KK) prüft die Plausibilität und Vollständigkeit anhand der EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung oder des Datenprüfprogramms nach Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie. ⁶Auf eine von den Datenannahmestellen durchgeführte Rückmeldung zur Plausibilität, Vollständigkeit und soweit möglich Vollzähligkeit an die jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie und an die jeweilige Krankenkasse erfolgt durch diese gegebenenfalls eine Korrektur und Ergänzung der Datensätze. ⁷Bis auf die meldebezogenen Daten werden die administrativen Daten nach Abschluss des Korrekturverfahrens gelöscht, sofern sie nicht von der Bundesauswertungsstelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt werden.

(2) ¹Die Datenannahmestelle erzeugt aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils ein Leistungserbringerpseudonym. ²Für die Pseudonymisierung nutzen die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 der Richtlinie das vom Institut nach § 137a SGB V vorgeschlagene Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, welches sicherstellt, dass die Datenannahmestellen den gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils das gleiche Pseudonym zuordnen. ³Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 7 (Vertrauensstelle) und Satz 8 (DAS-KK) der Richtlinie nutzen die öffentlichen Schlüssel der systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, die ihnen auf Anfrage von den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV), Satz 3 (LQS/LKG) und Satz 6 (LAG) der Richtlinie übermittelt werden. ⁴Abweichend von Satz 1 legen die themenspezifischen Bestimmungen fest, ob die Datenannahmestelle für die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie die leistungserbringeridentifizierenden Daten pseudonymisieren oder anonymisieren soll. ⁵Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie ersetzt die krankenkassenidentifizierenden Daten durch ein Krankenkassen-Pseudonym, sofern in den themenspezifischen Bestimmungen nichts anderes vorgesehen ist.

(3) ¹Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 6 und Satz 8 der Richtlinie (KV/KZVen, LQS/LKG, LAG und DAS KK) verschlüsseln die Qualitätssicherungsdaten so, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle sie entschlüsseln kann. ²Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie (DAS KK) verschlüsselt das Krankenkassen-Pseudonym mit dem öffentlichen Schlüssel der Bundesauswertungsstelle. ³Alle Datenannahmestellen verschlüsseln das Leistungserbringerpseudonym so, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle es entschlüsseln kann. ⁴Sie übermitteln die von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer oder von den Krankenkassen gelieferten, verschlüsselten patientenidentifizierenden Daten, die verschlüsselten Qualitätssicherungsdaten, das verschlüsselte Leistungserbringerpseudonym

und ggf. das verschlüsselte Krankenkassen-Pseudonym zusammen mit den verschlüsselten Ergebnissen der Prüfung an die Vertrauensstelle.

§ 4 Verfahren in der Vertrauensstelle

(1) Die Vertrauensstelle nach Teil 1 § 11 der Richtlinie entschlüsselt die patientenidentifizierenden Daten, prüft sie und erzeugt daraus ein Patientenpseudonym pro Verfahren unter Verwendung eines nur ihr bekannten Geheimnisses und unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik.

(2) Die Vertrauensstelle übermittelt neben dem Patientenpseudonym nach Absatz 1 alle von den Datenannahmestellen verschlüsselt erhaltenen Daten – mit Ausnahme der verschlüsselten, patientenidentifizierenden Daten – weiter an die Bundesauswertungsstelle.

§ 5 Verfahren in den Auswertungsstellen

(1) Soweit die Prüfung nach § 3 Absatz 1 nicht umfassend erfolgt und belegt ist, wird sie von der Bundesauswertungsstelle durchgeführt.

(2) Die Bundesauswertungsstelle führt je Verfahren anhand des Patientenpseudonyms die bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Krankenkassen erhobenen Daten aller vorliegenden Zeiträume zusammen und prüft sie gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 der Richtlinie.

(3) Vor Nutzung der Daten für die in der Richtlinie vorgesehenen Auswertungen ist durch interne Regelungen sicherzustellen, dass solche Auswertungen und Maßnahmen nur auf der Grundlage von Daten erfolgen, die in Bezug auf die Leistungserbringerin und den Leistungserbringer pseudonymisiert sind, sofern eine Depseudonymisierung für den Zweck der Auswertung nicht zwingend erforderlich ist.

(4) Die Daten werden nach bundeseinheitlichen Kriterien mit in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Auswertungszielen ausgewertet und die Auswertungen bei länderbezogenen Verfahren den LAGen zur Verfügung gestellt.

§ 6 Auswertungen und Rückmeldeberichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt die Daten zur weiteren Nutzung nach dieser Richtlinie so zur Verfügung, dass das Patientenpseudonym nach § 4 durch ein Ersatzpseudonym ersetzt wird. ²Für die Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie und die Auswertungen für die LAGen ersetzt sie das Patientenpseudonym durch die von der jeweiligen Leistungserbringerin oder dem jeweiligen Leistungserbringer gemeldete Vorgangsnummer nach Teil 1 § 14 Absatz 5 der Richtlinie.

(2) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt entsprechend Teil 1 § 6 Satz 1 Nummer 1 der Richtlinie für länderbezogene Verfahren landesbezogene Auswertungen und pseudonymisierte Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur unmittelbaren Verwendung durch die LAGen bereit. ²Das Nähere dazu wird in den themenspezifischen Bestimmungen geregelt. ³Zusätzlich können die LAGen die Auswertungsstelle auf Landesebene gemäß Teil 1 § 6 Absatz 2 der Richtlinie beauftragen, ergänzende Auswertungen im Rahmen der themenspezifisch definierten Auswertungsziele zu erstellen, insbesondere für zur Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie (Stellungnahmeverfahren und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen) notwendige Auswertungen. ⁴Dazu erhalten die von den LAGen beauftragten Auswertungsstellen Zugriffsrechte auf die Datenbank bei der Bundesauswertungsstelle nach Teil 1 § 4 Absatz 7 der Richtlinie, welche die geprüften und patientenpseudonymisierten Daten enthält.

(3) Die Bundesauswertungsstelle nach Teil 1 § 10 Absatz 2 der Richtlinie leitet den Datenannahmestellen und diese wiederum den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ihre Rückmeldeberichte so zu, dass Dritte keine Möglichkeit zur Einsichtnahme haben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Koronarangiographien und Perkutane Koronarinterventionen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Herzkathetereingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS PCI“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

- Indikationsstellung des Indexeingriffs,
- Durchführung des Indexeingriffs sowie
- Komplikationen/unerwünschte Ereignisse

messen, vergleichend darstellen und bewerten. ²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt.

³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit.

⁴Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung des ambulant oder stationär erbrachten Indexeingriffs (sektorgleich).

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 der Richtlinie zugeordnet.

(3) ¹Zur Beurteilung des Indexeingriffs werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Dies sind im Einzelnen unerwünschte schwerwiegende kardiale oder zerebrovaskuläre Ereignisse (MACCE) und Sterblichkeit.

(4) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden. ³Insbesondere ist die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringer möglich sind, zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist bei ambulanter Leistungserbringung das Eingriffsdatum, bei stationärer Leistungserbringung das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(6) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2023 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. ⁴Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren mit dem Erfassungsjahr 2024 außer Kraft.

(7) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte paritätisch zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

- a) den Leistungserbringern
- b) den Krankenkassen und

c) (zu einem späteren Zeitpunkt) den Patienten in Form von Patientenbefragungen. ²Die jeweiligen Daten sind der **Anlage II** zu entnehmen. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. ²Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. ³Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. ⁴Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ⁵Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen
- c) (zu einem späteren Zeitpunkt) Patientenbefragungen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorjahres (sowohl Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up-Indikatoren).

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten

- a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - b) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
 - c) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,
- die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) ¹Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- f) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- g) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Vertragsärztlich tätige Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden. ²Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

(4) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

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

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die länderbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel pdf-Format) vorliegen.

(2) ¹Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringer:

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit

- mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren.

²Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) ¹Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften bewertet. ²Sie stellen die Notwendigkeit des Stellungnahmeverfahrens fest und empfehlen den Landesarbeitsgemeinschaften die Einleitung.

(2) ¹Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ²Es kann mehrstufig sein. ³Die Fachkommission empfiehlt Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und dessen Zeitrahmen. ⁴Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird durch die Fachkommissionen bewertet und der Landesarbeitsgemeinschaft werden weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie empfohlen sowie der Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ⁵Die Fachkommission schlägt der Landesarbeitsgemeinschaft ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ⁶Folgt die Landesarbeitsgemeinschaft den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. ⁷Konnten die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaft den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. ⁸Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die Landesarbeitsgemeinschaft die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

(3) Der G-BA wird innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(4) Die Einleitung der Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.

(5) ¹Bei dem Indikator 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI) hat die Fachkommission bei ihrer Empfehlung an die Landesarbeitsgemeinschaft die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. ²Das Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 2 der Richtlinie ist daher in dieser Form nicht umsetzbar. ³Das Verfahren der Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitung von QS-Maßnahmen wird für diesen Fall durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach der ersten Datenauswertung festgelegt.

(6) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten des ersten Erfassungsjahres fest.

§ 14 Fachkommissionen

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft oder mehrere Landesarbeitsgemeinschaften richten für die Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen nach Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie ein und geben ihnen eine Geschäftsordnung. ²Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

(2) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.

(3) ¹Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind mindestens je zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie eine Vertreterin oder Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist. ²Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein. ³Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen. ⁴Darüber hinaus soll die Fachkommission mit mindestens einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen als Mitglied besetzt sein. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁶Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 10 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁷Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁸Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Herzkranzgefäße.

(4) ¹Die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften übernehmen gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Landesarbeitsgemeinschaft beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. ²Zur Förderung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Bewertung der Auswertungen und der Umsetzung bzw. Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens sollen bundeslandübergreifend alle Landesarbeitsgemeinschaften und ihre Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 12 Absatz 2 der Richtlinie zusammenarbeiten.

§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene

(1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.

(2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens

bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁴Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. ⁵Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁶Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Landesarbeitsgemeinschaft zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für die Erfassungsjahre 2016, 2017, 2018 und 2019 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

¹Diese Richtlinie ist auf die weitere Durchführung und den Abschluss von QS-Verfahrens für Indexeingriffe, die bereits vor Inkrafttreten dieser Richtlinie am 1. Januar 2019 durchgeführt wurden und die aufgrund der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) vom 19. April 2010 (BAnz. S. 3995), zuletzt geändert am 21. Juni 2018 (BAnz AT 18.09.2018 B3) Gegenstand eines QS-Verfahrens sind, anzuwenden. ²Die vom G-BA nach § 5 Absatz 2 und § 8 Teil 2 Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie Qesü-RL beschlossenen Spezifikationen sowie vorläufigen und endgültigen Rechenregeln sind für das Verfahren QS PCI nach dieser Richtlinie weiter anzuwenden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I: Indikatorenliste QS PCI

1	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Indikator-ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien mit führender Indikation „bekannte KHK“ oder „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“ bei denen gesicherte oder fragliche, objektive (apparative), nicht-invasive Ischämiezeichen vorlagen.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven isolierten Koronarangiographien, bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive Ischämiezeichen) vorliegt, soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Indikator-ID	56001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der durchgeführten isolierten Koronarangiographien mit der Indikation „Verdacht auf bzw. Ausschluss KHK“, bei denen angiographisch normale Koronargefäße nachgewiesen wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten isolierten Koronarangiographien ohne pathologischen Befund (mit angiographisch normalen Koronargefäßen) soll niedrig sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Messung der Nierenfunktion vor einer elektiven oder dringlichen Koronarangiographie oder PCI
Indikator-ID	56002
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde.
Qualitätsziel	Der Anteil an elektiven oder dringlichen Koronarangiographien oder PCI, bei denen die Nierenfunktion innerhalb von einer Woche vor dem Eingriff gemessen wurde, soll hoch sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
4	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Indikator-ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit
Indikatortyp	Prozessindikator
5	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt
Indikator-ID	56004
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen die „Door“-Zeit oder die „Balloon“-Zeit nicht erfasst wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²
Indikator-ID	56005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy*cm ² an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²
Indikator-ID	56006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy*cm ² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.

Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²
Indikator-ID	56007
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy*cm ² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Indikator-ID	56008
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und Einzeitig-PCI, bei denen kein Dosis-Flächen-Produkt angegeben wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Indikator-ID	56009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der isolierten Koronarangiographien, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Indikator-ID	56010
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der isolierten PCI, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Indikator-ID	56011
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Einzeitig-PCI, bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel appliziert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Kontrastmittelmenge
Indikatortyp	Prozessindikator
13	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
Indikator-ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige (Thrombininjektion, Transfusion oder chirurgische Intervention) Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI.
Qualitätsziel	Die Anzahl der therapiebedürftigen Blutungen und der punktionsnahen Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Indikator-ID	56014
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikator-ID	56016

Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst oft Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
Indikator-ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
17	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
Indikator-ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
Indikator-ID	56022
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich dem 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI
Indikator-ID	56024
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator
20	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI
Indikator-ID	56026
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 365. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

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

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
21	lebenslange Arztnummer ⁴	X			
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
23	Geburtsjahr ⁶	X	X	X	X
24	Geschlecht	X	X	X	
25	Aufnahmedatum (stationär)	X	X		
26	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X	
27	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X	
28	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	
29	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
30	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X
31	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X	X	
32	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X
33	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X		
34	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X	X	X
35	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation		X		
36	postprozedurale Transfusion		X	X	X
37	Datum der postprozeduralen Transfusion		X		
38	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)		X	X	X
39	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)		X		
40	Entlassungsdatum	X			
41	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ⁷	X		X	
42	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X

4 Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
43	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
44	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
45	Versionsnummer [Prozedur]				X
46	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?			X	X
47	Datum der Prozedur	X	X		
48	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ⁸	X		X	X
49	akutes Koronarsyndrom			X	X
50	Angina pectoris		X	X	
51	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen		X	X	
52	Herzinsuffizienz (nach NYHA)		X	X	X
53	kardiogener Schock		X	X	
54	Art der Prozedur		X	X	X
55	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X	
56	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X
57	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X	X	
58	Dialysepflicht		X	X	
59	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X	
60	Dosis-Flächen-Produkt bekannt		X	X	X
61	Dosis-Flächen-Produkt		X	X	
62	applizierte Kontrastmittelmenge		X	X	
63	intraprozedural auftretende Ereignisse			X	X
64	<ul style="list-style-type: none"> • koronarer Verschluss • TIA/Schlaganfall • Exitus im Herzkatheterlabor • sonstige 		X	X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X
66	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
67	Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie]	X			X
68	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X
69	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X
70	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X
71	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X	
72	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ⁹	X		X	
73	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
74	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X
75	Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI]	X			X
76	Vorgangsnummer, GUID [PCI]	X			X
77	Versionsnummer [PCI]				X
78	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X
79	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X
80	Indikation zur PCI		X	X	X
81	Ist STEMI Hauptdiagnose?			X	X
82	Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI]	X		X	
83	<ul style="list-style-type: none"> • PCI an Hauptstamm • PCI an LAD • PCI an RCX • PCI an RCA 		X	X	
84	PCI mit besonderen Merkmalen			X	X
85	<ul style="list-style-type: none"> • PCI am kompletten Gefäßverschluss • PCI eines Koronarbypasses 		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	<ul style="list-style-type: none"> • PCI am ungeschützten Hauptstamm • PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA • PCI am letzten verbliebenen Gefäß • PCI an einer In-Stent-Stenose • sonstige 				
86	wesentliches Interventionsziel erreicht		X	X	
87	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X	
88	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X
89	Door-Zeitpunkt (Datum)		X		
90	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		
91	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X		
92	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X		

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
10	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd-sek	X	X	X	
11	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
13	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedureschlüssel@ops	X	X	X	
14	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X		
15	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
16	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	Inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
17	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
18	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
19	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
20	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
21	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X			
22	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	
23	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
24	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	
25	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek			X	
26	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X	
27	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X			

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
29	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X
§ 295 (kollektivvertraglich)						
30	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
31	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
32	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
33	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X		
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X		
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X			
36	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix (+, *, #, !, !-)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X		X	
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit			X	
38	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X		
40	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
§ 284 (Stammdaten)						
41	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
42	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
43	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
44	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
45	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹²	Stamm@versicherungsdatum				X
46	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§ 300 (Apotheken)						
47	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(300)@quelle				X
48	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X
49	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
50	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
51	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X			
52	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pzhimsonder			X	
53	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X
54	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl			X	
55	Gegebenenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet			X	
§ 295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁶	source(295s)@quelle				X
57	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
58	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
59	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁹	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
61	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²⁰	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
62	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X		
63	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X			
64	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X			
65	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X			
66	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
67	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X			
68	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
69	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X
Administrative Daten						
70	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
71	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens ist die Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. ²Das Verfahren soll insbesondere fachgebietsübergreifend die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen messen, vergleichend darstellen und bewerten. ³Dazu werden fallbezogen postoperative Wundinfektionsraten und einrichtungsbezogen das Hygiene- und Infektionsmanagement sowie der Händedesinfektionsmittelverbrauch betrachtet. ⁴Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ⁵Zur Beurteilung der Wundinfektionsraten werden in das Verfahren hierfür maßgebliche Operationen für das jeweilige Fachgebiet bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren aufgenommen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ⁶Die maßgeblichen Operationen sind in der Spezifikation nach § 5 Absatz 2 in Form von OPS-Kodes aufgelistet. ⁷Als maßgebliche Operationen kommen nur solche in Betracht, die stationär oder ambulant als Krankenhausleistung in der Regel in den folgenden Fachgebieten durchgeführt werden:

- a) Chirurgie/Allgemeinchirurgie
 - b) Gefäßchirurgie
 - c) Viszeralchirurgie
 - d) Orthopädie/Unfallchirurgie
 - e) Plastische Chirurgie
 - f) Gynäkologie und Geburtshilfe
 - g) Urologie
- und
- h) in der Herzchirurgie.

(2) Im vertragsärztlichen Bereich kommen als maßgebliche Operationen solche in Betracht, die stationär oder ambulant durch eine der folgenden Facharztgruppen durchgeführt werden:

- a) Chirurgie/Allgemeinchirurgie
- b) Gefäßchirurgie
- c) Viszeralchirurgie
- d) Orthopädie/Unfallchirurgie
- e) Plastische Chirurgie
- f) Gynäkologie und Geburtshilfe
- g) Urologie.

(3) Nicht berücksichtigt werden insbesondere neurochirurgische Operationen und Operationen an der Wirbelsäule sowie ausschließlich Katheter-gestützte Operationen und Operationen über natürliche Körperöffnungen.

(4) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS WI“ genannt.

(5) ¹Das Verfahren hat insbesondere folgende Ziele:

- a) Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen
- b) Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements

c) Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.

²Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) ¹Unter nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden stationär behandelte Wundinfektionen verstanden, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff ohne Implantat bzw. innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff mit Implantat auftreten. ²Die Festlegung, welcher Eingriff als „Eingriff mit Implantat“ ausgewertet wird, ist den Rechenregeln gemäß § 8 zu entnehmen.

(2) Die maßgeblichen Operationen gemäß § 1, die belegärztlich durchgeführt werden, werden der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 der Richtlinie zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden.

(4) Insbesondere ist die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich sind, zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) ¹Zum 30. Juni 2026 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele nach § 1 Absatz 5 unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. ²Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren mit dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte paritätisch zufallen.

§ 3 Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V

(1) ¹Die Wundinfektionsraten für Operationen nach § 1 Absatz 1 und 2 werden mit Hilfe der nachfolgend definierten Daten berechnet.

a) ¹Der Nenner der Wundinfektionsraten umfasst die nach § 1 Absatz 1 und 2 ambulant und stationär erbrachten Operationen, die für das Qualitätssicherungsverfahren nachbeobachtet werden. ²Zur Berechnung der Zahl des Nenners und zur Risikoadjustierung ist die Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (**Anlage II Buchstabe a**) erforderlich. ³Eine Zusammenführung dieser Daten mit weiteren Datensätzen ist aus methodischen Gründen nicht erforderlich. ⁴Eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung patientenbezogener Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie erfolgt daher nicht.

b) ¹Der Zähler der Wundinfektionsraten bezeichnet alle im Rahmen der Nachbeobachtung bei stationärer Behandlung festgestellten Wundinfektionen. ²Zur Berechnung des Zählers ist die Erhebung von Daten zu potentiellen postoperativen Wundinfektionen, die zeitlich (30 Tage oder 90 Tage) nach den in Buchstabe a genannten Operationen auftreten, erforderlich. ³Hierzu werden Sozialdaten bei den Krankenkassen (**Anlage II Buchstabe b**) genutzt. ⁴Zu diesen potenziellen postoperativen Wundinfektionen sind die Krankenhäuser verpflichtet, Daten zu erheben und zu übermitteln (**Anlage II Buchstabe c**). ⁵Bei diesen Daten werden

patientenbezogene Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und nach Pseudonymisierung zur Datenzusammenführung genutzt.

²Das Verfahren wird auf der Grundlage zweier Vollerhebungen nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V für gegenüber der GKV erbrachte maßgebliche Operationen nach Buchstabe a und die Wundinfektionen nach Anlage II Buchstabe b durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da die durch die Wundinfektionsindikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Orts ihrer Behandlung nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich können nur mit einer Vollerhebung aller stationär behandelten potenziellen postoperativen Wundinfektionen die Wundinfektionsraten zu den Einrichtungen berechnet werden, die ursprünglich die ambulante oder stationäre Operation erbracht haben.

(2) ¹Die Qualität des Hygiene- und Infektionsmanagements wird für alle Leistungserbringer, die mindestens eine der nach § 1 Absatz 1 und 2 maßgeblichen Operationen in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahres gegenüber der GKV erbracht haben, ermittelt. ²In einer Qualitätssicherungs-Dokumentation werden einmal jährlich einrichtungsbezogene Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 3 der Richtlinie der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (Anlage II Buchstabe d und e) getrennt nach stationären oder ambulanten Leistungen erfasst.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Eingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe **a** bis **e** festgelegt. ³Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe b und c beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe a, d und e beinhalten keine patientenidentifizierenden Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

(3) Für die Erhebung der nach § 3 Absatz 2 erforderlichen Daten stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich eine Dokumentationsverpflichtung der

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte fest und informieren diese frühestmöglich über ihre Dokumentationsverpflichtung.

(4) ¹Krankenhäuser sollen auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen – Belegärztin oder Belegarzt und Krankenhaus diesen für die Erfüllung der Dokumentationspflicht der nach § 3 Absatz 2 zu erhebenden Daten die einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation des Krankenhauses möglichst in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form zur Verfügung stellen. ²Gleiches gilt für die Erfüllung der Dokumentationspflicht ermächtigter Ärzte. ³§ 12 Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 6 Datenflussverfahren

(1) ¹Die Daten bezüglich der maßgeblichen Operationen nach § 1 werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 § 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt. ²Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und Anlage 1 § 3 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie gilt:

- a) Die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach **Anlage II Buchstabe a** werden von der Datenannahmestelle Krankenkasse auf Basis von Teil 1 § 13 Absatz 4 der Richtlinie direkt an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet, da keine Pseudonymerstellung durch die Vertrauensstelle erfolgt.
- b) Die einrichtungsbezogenen QS-Daten nach § 3 Absatz 2 werden direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet.

(2) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Datenannahmestellen gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie fungieren, stellen jeweils für Vertragsärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich unter Einhaltung der Vorgaben des § 299 Absatz 1 SGB V Anwendungen zur Erfassung und Übertragung von Daten der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation, z. B. webbasiert, zur Verfügung. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei (durch das Angebot einer Anwendung zur Datenerfassung und -übermittlung) unterstützen. ³Das Verfahren nach Teil 1 § 13 Absatz 2 Satz 6 der Richtlinie kommt für die Einrichtungsbefragung des Verfahrens QS WI nicht zur Anwendung. ⁴Sofern nach Teil 1 § 22 der Richtlinie eine Finanzierung für die Aufgaben der Datenannahme durch die Datenannahmestelle vorgesehen ist, dürfen diese Finanzmittel nicht für die Finanzierung der Aufwände für die Bereitstellung und den Betrieb der Anwendungen nach Satz 1 verwendet werden.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in **Anlage I Buchstabe a und b** aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. ²Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht

diese. ³Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. ⁴Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ⁵Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

- (1) ¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:
- a) Daten einer fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (Anlage II Buchstabe c)
 - b) Sozialdaten bei den Krankenkassen (Anlage II Buchstabe a und b)
 - c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für stationär operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe d)
 - d) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für ambulant operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe e).

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8.

- (2) ¹Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ²Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:
- a) Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorjahres
 - b) Wundinfektionsraten nach Implantat- Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorjahres
 - c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

- (1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten
- a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - b) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
 - c) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,

die mindestens eine der maßgeblichen Operationen erbracht haben. ²Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. ³Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

- (2) ¹Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:
- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
 - b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

- c) Auswertung der Indices zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation
 - d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - e) die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
 - f) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
 - g) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
 - h) Vertragsärztlich tätige Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen. ²Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.
- (3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.
- (4) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

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

- (1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel pdf-Format) vorliegen.
- (2) ¹Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringer:
- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
 - b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
 - c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - d) die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren.

²Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

- (1) ¹Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften bewertet. ²Sie stellen die Notwendigkeit des Stellungnahmeverfahrens fest und empfehlen den Landesarbeitsgemeinschaften dessen Einleitung. ³Grundsätzlich ist in das Stellungnahmeverfahren von am Krankenhaus vertragsärztlich tätigen Ärzten bzw. ermächtigten Ärzten das jeweilige Krankenhaus mit einzubeziehen. ⁴Gleichfalls sind die vertragsärztlich tätigen Belegärzte oder ermächtigten Ärzte bei Auffälligkeiten im jeweils

kooperierenden Krankenhaus in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen. ⁵Dafür stellen die vertragsärztlich tätigen Belegärzte und die ermächtigten Ärzte bzw. die stationären Einrichtungen der LAG die notwendigen Informationen zur Verfügung.

(2) Abweichend von Absatz 1 ist ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 2 der Richtlinie in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 nicht fristgerecht übermittelt wurden.

(3) ¹Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ²Es kann mehrstufig sein. ³Die Fachkommission empfiehlt Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und dessen Zeitrahmen. ⁴Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird durch die Fachkommissionen bewertet. ⁵Der Landesarbeitsgemeinschaft werden weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie empfohlen sowie der Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ⁶Die Fachkommission schlägt der Landesarbeitsgemeinschaft ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ⁷Folgt die Landesarbeitsgemeinschaft den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. ⁸Konnten die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaft den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. ⁹Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die Landesarbeitsgemeinschaft die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

(4) Der G-BA wird erstmals innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(5) Die Einleitung der Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.

(6) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung zu einem späteren Zeitpunkt fest.

§ 14 Fachkommissionen

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft oder mehrere Landesarbeitsgemeinschaften richten für die Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen nach Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie ein und geben ihnen eine Geschäftsordnung. ²Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

(2) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.

(3) ¹Als stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind zu benennen:

- a) stationär operierende Ärzte aus den jeweiligen Fachgebieten
- b) ambulant operierende Ärzte aus den jeweiligen Fachgebieten (Krankenhaus/Vertragsarzt/MVZ)
- c) Hygieniker und Hygienefachkraft aus dem Krankenhausbereich

- d) Hygieniker oder Hygienefachkraft aus dem vertragsärztlichen Bereich
- e) Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses
- f) Kodierexperte für operative Fachgebiete
- g) fachärztlicher Vertreter der Krankenkassen aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete.

²Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 10 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ³Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

(4) ¹Die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften übernehmen gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Landesarbeitsgemeinschaft beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. ²Zur Förderung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Bewertung der Auswertungen und der Umsetzung bzw. Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens sollen bundeslandübergreifend alle Landesarbeitsgemeinschaften und ihre Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 12 Absatz 2 der Richtlinie zusammenarbeiten.

§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene

- (1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.
- (2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁴Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. ⁵Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁶Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

(3) ¹Die Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie. ²Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten bis zum 15. März mit einer Prüffrist der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorjahres. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Landesarbeitsgemeinschaft zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorjahres, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für die Dauer des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Begleitende Erprobung

(1) ¹Für einen Zeitraum von fünf Jahren wird das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren QS WI begleitend erprobt. ²Die Erprobung ist notwendig, um die Methoden des Verfahrens insbesondere hinsichtlich der Datenzusammenführung, der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu optimieren.

(2) Die Erprobung dient der gestuften Implementierung des Verfahrens und hat insbesondere die Überprüfung auf Optimierungsbedarf der

- a) Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und einzelfallbezogene Dokumentation in den Krankenhäusern sowie die Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte
- b) Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der einrichtungsbezogenen Datenerfassung
- c) Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. Belegärzte, ermächtigte Ärzte, Krankenhausstandorte)
- d) Ausgestaltung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei mehreren dokumentationspflichtigen Ärztinnen und Ärzten pro Einrichtung (z. B. bezogen auf Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften, OP-Zentren)
- e) Aufwand-Nutzen-Relation der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation
- f) Validität der erhobenen Daten und der aus allen Datenquellen ermittelten einrichtungs-, landes- und bundesbezogenen Ergebnisse
- g) Rückmeldeberichte nach § 10 und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11
- h) Bewertung und Aufklärung von Auffälligkeiten
- i) Entwicklung und Festlegung von einheitlichen Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 12
- j) Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14

zum Ziel.

(3) Die Erprobung beginnt mit der Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Datenerhebung nach § 5 Absatz 1 am 1. Januar 2017 für dieses Verfahren im Rahmen der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL).

(4) ¹Für den Zeitraum der Erprobung gelten in § 12 Absatz 3 Satz 5 bis 7 und Absatz 5 nicht. ²Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4. der Richtlinie empfohlen werden. ³Das Stellungnahmeverfahren soll vorrangig der begleitenden Erprobung nach Absatz 2 dienen und selbst Gegenstand der Erprobung sein.

(5) ¹Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. ²Die Bewertungen der Fachkommissionen im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 12 dienen vorrangig der Überprüfung der in Absatz 2 genannten Ziele. ³Das Institut nach § 137a SGB V erhebt die für die wissenschaftliche Begleitung notwendigen Informationen von den Landesarbeitsgemeinschaften jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres der Erprobung, letztmals im vierten Jahr, und erstellt für den G-BA auf Basis der Informationen jeweils bis zum 31. Januar des Folgejahres Berichte.

(6) ¹Der G-BA entscheidet auf Basis der Berichte nach Absatz 5 jeweils bis zum 30. April im Jahr der Vorlage des Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen. ²Sofern der G-BA keine andere Entscheidung trifft, endet die Erprobung mit Ablauf des fünften Jahres.

§ 20 Übergangsregelung

(1) Von § 12 Absatz 2 kann im Erfassungsjahr 2018 abgewichen werden.

(2) ¹Diese Richtlinie ist auf die weitere Durchführung und den Abschluss des QS-Verfahrens für maßgebliche Operationen im Sinne § 1 Absätze 1 und 2, die vor Inkrafttreten dieser Richtlinie am 1. Januar 2019 durchgeführt wurden und die aufgrund der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) vom 19. April 2010 (BAnz. S. 3995), zuletzt geändert am 21. Juni 2018 (BAnz AT 18.09.2019 B3) Gegenstand eines QS-Verfahrens sind, anzuwenden. ²Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 5 Absatz 2 und § 8 Teil 2 Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen Qesü-RL beschlossenen Spezifikationen sowie vorläufigen und endgültigen Rechenregeln sind für das Verfahren QS WI nach dieser Richtlinie weiter anzuwenden.

(3) ¹Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation gemäß § 3 Absatz 2 für Belegärzte wird für die Erfassungsjahre 2018 bis 2020 ausgesetzt. ²Das Stellungnahmeverfahren auf Grundlage der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird für diese Zeit gemeinsam für Krankenhäuser und deren jeweilige Belegärzte durchgeführt. ³Der Rückmeldebericht des Krankenhauses zur einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird dem Belegarzt auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zur Verfügung gestellt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage I: Indikatorenliste QS WI

1		Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen
Indikator-ID	1000	
Beschreibung	Der Indikator setzt sich aus mehreren Kennzahlen zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements ambulant operierender Einrichtungen beziehen.	
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1500	
Beschreibung	Der Indikator erfasst nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten am Krankenhaus oder in der Praxis durchgeführten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.	
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1501	
Beschreibung	Der Indikator erfasst nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten am Krankenhaus oder in der Praxis durchgeführten Tracer-Eingriffen mit Implantat.	
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1502	
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte/behandelte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten und stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.	
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	1503	
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte/behandelte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten und stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat.	
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen
Indikator-ID	2000	
Beschreibung	Der Indikator setzt sich aus mehreren Kennzahlen zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements stationär operierender Einrichtungen beziehen.	
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.	
Indikatortyp	Prozessindikator	
7		Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2500	

Beschreibung	Der Indikator erfasst nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2501
Beschreibung	Der Indikator erfasst nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Implantat-Tracer-Eingriffen.
Qualitätsziel	Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2502
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriffe.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen, nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2503
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Implantat-Tracer-Eingriffen.
Qualitätsziel	Die Rate an tiefen, nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2504
Beschreibung	Der Indikator erfasst nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten und stationären Nicht-Implantat-Operationen als Tracer-Eingriff.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen)
Indikator-ID	2505
Beschreibung	Der Indikator erfasst nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten und stationären Implantat-Tracer-Eingriffen.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein.
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
15	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X	
§ 301 (AMBO)						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
24	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
25	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X		X	
26	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X		X	
27	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
28	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	

4 Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.
5 Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
6 Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
7 Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
30	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
31	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
32	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X	
33	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	
34	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X		X	
35	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
36	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
37	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		
§ 295 (kollektivvertraglich)						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
41	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X		X	
42	Behandlungsart	295k.INF.2/2.3.3@behandlungsart			X	
43	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295k.LED.5/5.2.2)@fachgruppe	X	X		
44	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X	
45	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
46	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
47	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung	X	X	X	
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X	
51	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X		

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X
54	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	
55	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
§ 295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(295s)@quelle				X
57	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X		X	
58	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X		X	
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
60	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
61	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
9	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
10	Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
12	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
15	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.tag@datum	X	X	X	
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung		X	X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X

⁴ Die Angabe, ob der stationäre Aufenthalt durchgehend oder unterbrochen war, wird der Liste der Entlassungsgründe entnommen.
⁵ Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
24	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
25	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
26	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X		X	
27	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
28	Seitenlokalisierung der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisierung	X	X	X	
29	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
30	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
31	Seitenlokalisierung der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek	X	X	X	

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

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
44	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X		X	
45	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X		X	
46	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd		X	X	
47	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisierung	X	X	X	
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit	X	X	X	
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X	X	
51	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X	X		
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹²	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion			X	X
54	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
55	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisierung	X	X	X	
§ 295 (selektivvertraglich)						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴	source(295s)@quelle				X
57	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X		X	
58	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X		X	
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
60	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
61	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe	X			
62	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
63	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
64	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X			
65	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X			

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
66	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations schlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X		X	
67	Seitenlokalisierung der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations schlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
68	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd		X	X	
69	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X	
70	Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung	X	X	X	
§ 284 (Stammdaten)						
71	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
72	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
73	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
74	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X			
75	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹⁹	Stamm@versicherungsdatum				X
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
Administrative Daten						
77	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
78	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)

Laufende Nummer	Exportfeld ¹ (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X		X	X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ⁴	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort				X
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
15	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶	X		X	X

1 Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden.

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

3 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld ¹ (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
17	Geburtsjahr ⁷	X		X	
18	Geschlecht	X		X	
19	auslösende ICD-Kodes ⁸	X			
20	auslösende OPS-Kodes ⁹	X			
21	Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postoperative Wundinfektion vor?	X	X	X	X
22	Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundinfektion	X	X		
23	Wundinfektionstiefe		X	X	
24	Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobiologische Diagnostik durchgeführt (analog den KISS-Definitionen)?			X	
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			

d) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Stationäre Einrichtungen)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X		X
3	Vorgangsnummer, GUID	X		X
4	Versionsnummer			X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6	Modulbezeichnung			X
7	Teildatensatz oder Bogen			X
8	Dokumentationsabschlussdatum			X
9	Status des Leistungserbringers			X
10	Gelten für die belegärztlichen stationären Leistungen in vollem Umfang die			X

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

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

⁹ Diese Information wird über die vorliegenden OPS-Kodes ermittelt.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			
11	Institutionskennzeichen	X		X
12	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
13	Nebenbetriebsstättennummer ¹	X	X	X
14	lebenslange Arztnummer ²	X		
15	Wie viele stationäre, operative DRG-Fälle gab es im Erfassungsjahr in Ihrem gesamten Krankenhaus?		X	
16	Verfügt Ihr Krankenhaus über eine oder mehrere operative oder interdisziplinäre Intensivstationen?			X
17	Wie viele Belegungstage lagen im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	
18	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen operativen und interdisziplinären Intensivstationen Ihres gesamten Krankenhauses?		X	
19	Wie viele Belegungstage lagen im Erfassungsjahr auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses vor?		X	
20	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr auf allen Normalstationen Ihres Krankenhauses?		X	
21	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?		X	X
22	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
23	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
24	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
25	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen		X	

1 Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

2 Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen]			
26	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in stationären Einrichtungen]		X	
27	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission Ihres Krankenhauses?		X	
28	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaphylaxe bei jedem operierten Patienten Ihres Krankenhauses mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	X
29	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	
30	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	X
31	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
32	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
33	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in stationären Einrichtungen]		X	
34	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Klingenrasierer, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
35	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Schere, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
36	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus einen Haarschneider (Clipper), wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
37	Nutzen Sie in Ihrem Krankenhaus dazu Enthaarungscreme, wenn zur präoperativen Haarentfernung bei Patienten eine Haarentfernung indiziert ist?		X	
38	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrem Krankenhaus für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		X	X
39	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?			X
40	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X
41	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
42	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrem Krankenhaus durchgeführt?			X
43	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?			X
44	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?			X
45	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		X	X
46	Kann jeder Mitarbeiter der Sterilgut-Versorgungsabteilung (SVA) jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
47	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
48	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
49	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?			
50	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
51	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
52	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
53	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
54	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
55	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihres Krankenhauses bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
56	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	X
57	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
58	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
59	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
60	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
61	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission?		X	
62	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrem Krankenhaus ein interner Standard		X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	zu Wundversorgung und Verbandswechsel?			
63	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
64	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	
65	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
66	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?		X	
67	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
68	Kann jeder ärztliche und pflegerische Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
69	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
70	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
71	Wie hoch ist der Anteil der ärztlichen Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?		X	
72	Daten wurden nicht erhoben		X	X
73	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihres Krankenhauses, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/ einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?		X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
74	Ärzte		X	
75	Pflegepersonal		X	
76	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
77	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
78	medizinische Fachangestellte		X	
79	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
80	Reinigungskräfte		X	
81	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
82	Mitarbeiter der Küche		X	
83	Mitarbeiter der Küche nicht vorhanden		X	X
84	Halten Sie in Ihrem Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?		X	
85	Galt in Ihrem Krankenhaus im gesamten Erfassungsjahr ein interner Standard zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement?		X	X
86	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
87	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
88	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
89	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen, enthalten?		X	
90	Können alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiter des Sozialdienstes jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
91	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement in stationären Einrichtungen]		X	
92	Erfolgte eine Freigabe durch die Geschäftsführung/Pflegedirektion?		X	
93	Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion durchgeführt?		X	
94	Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und des Verbandswechsels durchgeführt?		X	
95	Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien wurden hinsichtlich der perioperativen, prophylaktischen Antibiotikagabe durchgeführt?		X	
96	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
97	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
98	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
99	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
100	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits,		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?			
101	Führen Sie in Ihrem Krankenhaus eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (Ambulante Einrichtungen)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)			X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X		X
3	Vorgangsnummer, GUID	X		X
4	Versionsnummer			X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)			X
6	Modulbezeichnung			X
7	Teildatensatz oder Bogen			X
8	Dokumentationsabschlussdatum			X
9	Status des Leistungserbringers	X		X
10	Grundlage der Leistungserbringung	X		X
11	Betreiben Sie einen eigenen OP?		X	
12	Gelten für die ermächtigten vertragsärztlichen Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?			X
13	Institutionskennzeichen	X		X
14	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X
15	Nebenbetriebsstättennummer ¹	X	X	X
16	lebenslange Arztnummer ²	X		

¹ Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

² Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
17	Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?		X	
18	Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?		X	
19	Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?		X	
20	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?		X	X
21	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
22	Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?		X	
23	Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?		X	
24	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in ambulanten Einrichtungen]		X	
25	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in ambulanten Einrichtungen]		X	
26	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder die Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
27	Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft?		X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28	Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	
29	Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?		X	X
30	Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
31	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in ambulanten Einrichtungen]		X	
32	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung/Hygienekommission/Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?		X	
33	Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt, wenn eine Haarentfernung indiziert ist?		X	X
34	Nutzen Sie dazu einen Klingenasierer?		X	
35	Nutzen Sie dazu eine Schere?		X	
36	Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)?		X	
37	Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme?		X	
38	Nutzen Sie ausschließlich Einmalsterilgut, das nicht wieder aufbereitet wird?			X
39	Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?		X	X
40	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?			X
41	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?		X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
42	Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?		X	X
43	Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?			X
44	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?			X
45	Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?			X
46	Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?		X	X
47	Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
48	Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?		X	X
49	Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
50	Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
51	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
52	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?		X	X
53	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?		X	
54	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?		X	
55	Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Vliesverpackung verpackt?		X	
56	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
57	Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?		X	
58	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
59	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?		X	
60	Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?		X	
61	Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?		X	
62	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?		X	X
63	Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert?		X	
64	Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert?		X	
65	Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?		X	
66	Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
67	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?		X	
68	Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?		X	X
69	Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?		X	
70	Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
71	Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert?		X	
72	Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert?		X	
73	Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?		X	
74	Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?		X	
75	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
76	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?		X	
77	Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben?		X	
78	Daten wurden nicht erhoben			X
79	Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben, erhoben?		X	X
80	Ärzte		X	
81	Pflegepersonal		X	
82	Pflegepersonal nicht vorhanden		X	X
83	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes		X	
84	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden		X	X
85	medizinische Fachangestellte		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
86	medizinische Fachangestellte nicht vorhanden		X	X
87	Reinigungskräfte		X	
88	Reinigungskräfte nicht vorhanden			X
89	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)		X	
90	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden			X
91	Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?		X	
92	Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?		X	X
93	Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?		X	
94	Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?		X	
95	Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und ggf. an die häusliche Pflege enthalten?		X	
96	Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach den KISS-Definitionen, enthalten?		X	
97	Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)?		X	
98	Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der		X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt?			
99	Wie viele Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandswechsels durchgeführt?		X	
100	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?		X	
101	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?		X	
102	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?		X	
103	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?		X	
104	Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?		X	
105	Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?		X	

Verfahren 3: Cholezystektomie (CHE)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Cholezystektomien (Gallenblasenentfernungen) bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Cholezystektomie“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS CHE“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

- a) Komplikationen/unerwünschten Ereignissen
- b) erneuten Eingriffen aufgrund von Komplikationen
- c) Überleben der Patienten

messen, vergleichend darstellen und bewerten. ²Die entsprechenden Indikatoren sind in Anlage I aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe zur Erhöhung der Patientensicherheit
- b) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- c) Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

⁴Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Dies sind im Einzelnen operationsbedingte Gallenwegskomplikationen, Reinterventionen aufgrund von Komplikationen, eingriffsspezifische Infektionen, interventionsbedürftige Blutungen, weitere postoperative Komplikationen sowie die Sterblichkeit.

(4) ¹Das Verfahren zur Bewertung der Cholezystektomien wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden. ³Insbesondere ist die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich sind, zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Eingriff.

(6) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2025 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. ⁴Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren zum 1. Januar 2026 außer Kraft.

(7) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen Themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 und 2 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren nach § 12 für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstabe a und b festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2019. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2019.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. ²Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. ³Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. ⁴Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ⁵Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vorjahres
- b) Auswertungen zum Indikator „Weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie“ auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vor-Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

(4) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

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

(1) ¹Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) ¹Die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin und Leistungserbringer:

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

²Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den LAGen bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

- (1) ¹Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der LAGen bewertet. ²Sie stellen die Notwendigkeit des Stellungnahmeverfahrens fest und empfehlen den LAGen die Einleitung.
- (2) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des Krankenhauses berücksichtigt.
- (3) ¹Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ²Es kann mehrstufig sein. ³Die Fachkommission empfiehlt Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und dessen Zeitrahmen. ⁴Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird durch die Fachkommission bewertet und der LAG werden weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie empfohlen sowie der Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ⁵Die Fachkommission schlägt der LAG ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ⁶Folgt die LAG den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. ⁷Konnten die Auffälligkeiten hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der LAG den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. ⁸Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die LAG die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.
- (4) Der G-BA wird innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.
- (5) Die Einleitung der Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.
- (6) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des Jahres, in dem die jeweiligen Indikatoren ausgewertet werden, abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2019 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

- (1) ¹Die LAG oder mehrere LAGen richten für die Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen nach Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie ein und geben ihnen eine Geschäftsordnung. ²Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.
- (2) ¹Die LAG benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.
- (3) ¹Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Allgemein- oder Viszeralchirurgie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis

zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

(4) ¹Die Fachkommissionen der LAGen übernehmen gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die LAG beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. ²Zur Förderung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Bewertung der Auswertungen und der Umsetzung bzw. Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens sollen bundeslandübergreifend alle Landesarbeitsgemeinschaften und ihre Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 12 Absatz 2 der Richtlinie zusammenarbeiten.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) Das Institut nach § 137a SGB V soll ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie einrichten.

(2) Die Zusammensetzung soll sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14 orientieren.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁴Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. ⁵Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁶Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin und Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie sind spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vor-Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vor-Vor-

Vorjahres beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2022, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vor-Vorjahr, Auswertungen des Follow-up-Indikators zu „Weiteren Komplikationen“, die sich auf einen Indexeingriff aus Vor-Vor-Vorjahren beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für das Erfassungsjahr 2019 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

Anlage I: Indikatorenliste QS CHE

1		Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	58000	
Beschreibung	Der Indikator erfasst operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie	
Qualitätsziel	Möglichst wenig operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2		Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	58001	
Beschreibung	Der Indikator beschreibt Reinterventionen aufgrund von postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	58002	
Beschreibung	Der Indikator erfasst eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	58003	
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	58004	
Beschreibung	Der Indikator erfasst postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie (komplikationsspezifisch). Komplikationen nach 30 Tagen werden im Zähler zusammengefasst.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	58005	
Beschreibung	Der Indikator erfasst postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie (komplikationsspezifisch). Komplikationen nach 365 Tagen werden im Zähler zusammengefasst.	
Qualitätsziel	Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	58006	
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder¹ und ihre Verwendungszwecke

a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendung sbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ²	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ³	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ⁴	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort	X	X	X	X
14	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
15	Fachabteilung	X		X	
16	Quartal des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶			X	X

¹ Die Exportfelder werden aus den Informationen berechnet, die in der Benutzeroberfläche der QS-Dokumentationssoftware erfasst werden. Es existiert lediglich ein Datenfeld, für das keine Informationen exportiert werden: Es handelt sich um die einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten. Diese Information verbleibt beim Leistungserbringer und dient der Identifikation der Fälle im Rahmen der qualitätssichernden Maßnahmen.

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.

³ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

⁴ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.

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

⁶ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendung sbezogene Gründe
18	Geburtsjahr ⁷			X	X
19	Geschlecht	X		X	
20	Wann – in Bezug auf die Cholezystektomie – wurde der Patient transfundiert?		X	X	
21	Diagnose(n)	X	X	X	X
22	Streptokokkensepsis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
23	Sonstige Sepsis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
24	Erysipel: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
25	Akute Blutungsanämie: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
26	Akute hämorrhagische Gastritis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
27	Sonstige akute Gastritis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
28	Akute Peritonitis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
29	Sonstige Peritonitis: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
30	Perforation des Gallengangs: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
31	Fistel des Gallengangs: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt?		X	X	
32	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
33	Quartal des Entlassungstages ⁸	X		X	X
34	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X		X	X
35	Entlassungsgrund		X	X	

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendung sbezogene Gründe
36	Registriernummer des Dokumentationssystem (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X
37	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
38	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
39	Versionsnummer [Prozedur]				X
40	Wievielte Prozedur?				X
41	Prozedur während des stationären Aufenthaltes	X	X	X	X
42	Datum der Prozedur während des stationären Aufenthaltes	X	X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
13	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisierung			X	
15	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek			X	
17	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedureschlüssel@ops	X	X	X	
18	Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisierung			X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
19	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X		
20	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
21	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 284 (Stammdaten)						
22	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
23	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
24	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
25	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
26	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)	Stamm@versicherungsdatum		X		X
27	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
Administrative Daten						
28	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
29	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X

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

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Dialysen und Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexbehandlung“ bezeichnet. ³Zudem werden bei den Nieren- und Pankreastransplantationen auch Daten nicht gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten einbezogen.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS NET“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Aufklärung der Patientinnen und Patienten (inkl. Dialyseverfahren und Evaluation zur Transplantation)
- b) Dialysebehandlung (inkl. Versorgung mit geeignetem Dialysezugang, Ernährungs- und Anämiemanagement)
- c) Nieren- und Pankreastransplantation und Funktion des Nieren- und Pankreastransplantats
- d) unerwünschte Ereignisse
- e) Überleben der Patientinnen und Patienten.

²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Förderung der Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren
- b) Förderung der Behandlungsqualität in Bezug auf Dialysen und Transplantationen
- c) Verringerung der Komplikationsraten im Rahmen der Dialysebehandlung bzw. nach der Transplantation
- d) Verringerung von Begleit- und Folgeerkrankungen durch die Dialysebehandlung und Transplantation
- e) Förderung der Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz
- f) Stärkung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten.

⁴Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz sowohl durch die Beurteilung der Versorgungsqualität ambulant oder teilstationär durchgeführter Dialysen als auch der Versorgungsqualität im Krankenhaus erbrachter Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen (sektorenübergreifend).

(2) ¹Zur Beurteilung der Indexbehandlungen werden auch die mit diesen assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Diese sind im Einzelnen: stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei der Dialyse,

das Überleben unter Dialyse, nach Nierentransplantation und Pankreastransplantation sowie die Transplantatfunktion nach Nieren- und Pankreastransplantation.

(3) Das Verfahren zur Bewertung der Versorgungsqualität bei Dialysen wird länderbezogen durchgeführt.

(4) ¹Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden. ²Insbesondere ist eine Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, wenn Rückschlüsse auf die Identität der einzelnen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer möglich sind, zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) Das Verfahren zur Bewertung der Versorgungsqualität bei Nieren- und Pankreastransplantationen wird bundesbezogen durchgeführt.

(6) ¹Um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Indexbehandlungen zu erreichen, erfolgt mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse und durchgeführten Maßnahmen von Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren. ²Um dies zu erreichen, werden die Fachkommissionen auf Bundes- und Landesebene interdisziplinär mit Nephrologen und Transplantationschirurgen besetzt. ³Es wird darüber hinaus ein sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene mit Vertretern der Fachkommissionen von Bundes- und Landesebene gebildet (siehe § 15).

(7) ¹Das Verfahren wird grundsätzlich bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Bezogen auf Pankreastransplantationen wird aufgrund von geringen Fallzahlen gegebenenfalls eine Auswertung über zwei Kalenderjahre (Erfassungsjahre) durchgeführt; ³Maßgeblich für die Zuordnung zum Erfassungsjahr ist die Durchführung einer Dialyseleistung im jeweiligen Kalenderjahr und für Transplantationen das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(8) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2026 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. ⁴Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren mit dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft.

(9) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite in den Lenkungsgremien gemäß Teil 1 § 5 Absatz 2 und § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser und der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte paritätisch zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 und 2 der Richtlinie erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten und die Erfassung der Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfolgen.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 13 Jahre nach Ablauf des Quartals, in dem die zugehörige Indexbehandlung stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend der Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden

- a) durch Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) Daten bei der Leistungserbringerin und beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen und
- c) zu einem späteren Zeitpunkt Daten in Form von Patientenbefragungen

erhoben, verarbeitet und genutzt. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a bis e festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

(3) Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II Buchstaben a bis e die Krankenversicherer-Nummern verarbeitet.

(4) ¹Bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden bei Vorliegen einer Einwilligung nach den Vorgaben des Artikel 7 in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) in der jeweils geltenden Fassung als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II Buchstaben c und d (QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation einschließlich Follow-up) die ET-Nummern verarbeitet. ²Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit Nieren- und Pankreastransplantation über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. ³Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II Buchstaben c und d (QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation einschließlich Follow-up) ohne patientenidentifizierende Daten verarbeitet.

(5) ¹Wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 15e Absatz 6 des Transplantationsgesetzes vorliegt, wird zusätzlich die ET-Nummer zu Zwecken des Transplantationsregisters verarbeitet. ²Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die

Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. ³Die Bundesauswertungsstelle löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.

(6) ¹Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. ²Die zur Risikoadjustierung für Indexbehandlungen aus dem Jahr 2020 erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenkassen können aus dem Jahr 2019 genutzt werden. ³Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen entsprechend § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2020.

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 4 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. ²Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. ³Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. ⁴Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ⁵Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Auf Grundlage der Daten nach § 5 Absatz 1 erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8. ²Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ³Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen von bis zu fünf vorangegangenen Jahren (sowohl Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up-Indikatoren).

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

- (1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten
- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
 - Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
 - Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,

die eine entsprechende Indexbehandlung erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

- (2) Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexbehandlung stattfand
- die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- für Einrichtungen mit Versorgungsvertrag zur Dialysebehandlung bei Kindern und Jugendlichen: Auswertungen zu den Kennzahlen zur Dialyse bei Kindern und Jugendlichen.

- (3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

- (4) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

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

- (1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Dialysen und bundesbezogene Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplantationen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (z. B. pdf-Format) vorliegen. ⁴Die Bundesauswertungsstelle erstellt die Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften in den Jahren 2021 und 2022 bis zum 30. Juni zur Verfügung.

- (2) Die Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen

- die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten

- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexbehandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren für den länderbezogenen Verfahrensteil sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin und Leistungserbringer sowie für den bundesbezogenen Verfahrensteil ausschließlich auf Bundesebene aggregiert.

(3) ¹Die bundesbezogenen Auswertungen für die Bundesstelle und die Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie enthalten mindestens die in Absatz 2 Buchstaben a bis d genannten Informationen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer und auf Bundesebene aggregiert sowie die Auswertungen zu Dialyse auf Bundesebene aggregiert und in einer vergleichenden Landesauswertung. ²Sie werden bis zum 30. Juni zur Verfügung gestellt.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) ¹Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen für Dialyseeinrichtungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften bewertet. ²Sie stellen die Notwendigkeit des Stellungnahmeverfahrens fest und empfehlen den Landesarbeitsgemeinschaften die Einleitung.

(2) ¹Die Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplantationen werden durch das Institut nach § 137a SGB V in seiner Funktion gemäß Teil 1 § 7 Satz 2 im Auftrag und in Abstimmung mit der Bundesstelle nach Teil 1 § 7 unter Hinzuziehung der Bundesfachkommission nach § 14a bewertet. ²Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

(3) ¹Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ²Es kann mehrstufig sein.

(4) ¹Für Dialyseeinrichtungen empfiehlt die jeweilige Fachkommission Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Sätze 1 und 2 der Richtlinie und dessen Zeitrahmen. ²Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird durch die Fachkommission bewertet und der LAG werden weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 Satz 3 der Richtlinie empfohlen sowie der Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ³Die Fachkommission schlägt der LAG ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ⁴Folgt die LAG den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. ⁵Konnten die Auffälligkeiten (nach Teil 1 § 17 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie) im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der LAG den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. ⁶Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die LAG die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

(5) ¹Für Nieren- und Pankreastransplantationen führt das Institut nach § 137a SGB V das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Sätze 1 und 2 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 4 durch. ²Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen. ³Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird gemeinsam durch die zuständige Bundesfachkommission und das Institut nach § 137a SGB V bewertet. ⁴Sofern die Auffälligkeit im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden kann, wird

dieses abgeschlossen und die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer entsprechend informiert. ⁵Das Institut nach § 137a SGB V informiert die Bundesstelle über die laufenden Stellungnahmeverfahren und ihre Ergebnisse. ⁶Können die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren nicht aufgeklärt werden, empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie inklusive des Zeitrahmens, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ⁷Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ⁸Folgt die Bundesstelle den Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V nicht, ist darüber im Bundesqualitätsbericht nach Teil 1 § 20 der Richtlinie zu berichten.

(6) Der G-BA wird innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nr. 9 der Richtlinie festlegen.

(7) Die Einleitung von Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.

(8) ¹Bei den Indikatoren zur Nierentransplantation NTX 8 bis 19, (1, 2, 3, 5 Jahres-Überleben nach Transplantation, Transplantatversagen innerhalb von 1, 2, 3, 5 Jahren, Transplantatfunktion nach 1, 2, 3, 5 Jahren), den Indikatoren zur Pankreastransplantation sowie den Indikatoren zur Dialyse D 11 bis 15 (1, 2, 3, 5 und 10 Jahres-Überleben nach Dialysebeginn) ist die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zur Leistungserbringerin und zum Leistungserbringer zu berücksichtigen. ²Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4 der Richtlinie sind daher nur bei Zuschreibbarkeit der in Satz 1 genannten Tatbestände anzuwenden. ³Das Verfahren der Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitungen von QS-Maßnahmen wird für diese Fälle durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung festgelegt.

(9) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten des ersten Erfassungsjahres fest.

§ 14 Fachkommissionen auf Landesebene

(1) ¹Die LAG oder mehrere Landesarbeitsgemeinschaften richten für die Durchführung ihrer Aufgaben in Bezug auf Dialyseeinrichtungen Fachkommissionen nach Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 1 der Richtlinie ein und geben ihnen eine Geschäftsordnung. ²Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

(2) ¹Die LAG benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.

(3) ¹Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind drei Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärzte, eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie. ²Mindestens drei der Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser müssen Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sein. ³Darüber hinaus sollte

die Fachkommission mit mindestens einer Chirurgin oder einem Chirurgen, die oder der Nierentransplantationen durchführt, als beratendes Mitglied besetzt sein. ⁴Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. ⁶Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 10 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁷Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

(4) ¹Die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften übernehmen gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die LAG beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. ²Zur Förderung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Bewertung der Auswertungen und der Umsetzung bzw. Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens sollen bundeslandübergreifend alle Landesarbeitsgemeinschaften und ihre Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 12 Absatz 2 der Richtlinie zusammenarbeiten.

§ 14a Bundesfachkommission

(1) Die Bundesstelle richtet für die Durchführung ihrer Aufgaben in Bezug auf Nieren- und Pankreastransplantationen eine Bundesfachkommission entsprechend dem Teil 1 § 8 Absatz 3 der Richtlinie ein und gibt ihr eine Geschäftsordnung.

(2) ¹Die Bundesstelle benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.

(3) ¹Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission sind drei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenhäuser, eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie“, sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenkassen, die oder der eine Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Chirurgie oder Urologie besitzt. ²Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Nierentransplantationen durchführen. ³Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Pankreastransplantationen durchführen. ⁴Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. ⁶Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht entsprechend dem Teil 1 § 5 Absatz 5 Satz 10 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁷Im Einzelfall kann die Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

(4) Die Fachkommission übernimmt entsprechend dem Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) ¹Das Institut nach § 137a SGB V richtet ein sektorenübergreifendes Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. ²Insbesondere soll es über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 der Richtlinie hinaus unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich

die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen sowohl zur Dialyse als auch zur Nierentransplantation bewerten, gegebenenfalls erforderlichen Handlungsbedarf feststellen und dem G-BA hierüber berichten.

(2) ¹Das Expertengremium umfasst mindestens fünf Vertreter aus den Fachkommissionen nach § 14 und mindestens fünf Vertreter aus der Bundesfachkommission nach § 14a. ²Auf eine diesbezüglich ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums ist zu achten. ³Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁴Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. ⁵Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁶Alle Datenannahmestellen der Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin und Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexbehandlungen aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf eine Indexbehandlung aus Vorjahren beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absätze 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und

berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexbehandlungen aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf eine Indexbehandlung aus Vorjahren beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften und Ergebnisse aus den Bundesverfahren.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des zweiten Erfassungsjahres des Verfahrens Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für die ersten zwei Erfassungsjahre des Verfahrens werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) Für Dialysebehandlungen, die bis zum 31. Dezember 2019 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt worden sind, ist die bis zum 31. Dezember 2019 geltende Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) weiter anzuwenden.

(2) Für Nierentransplantationen, Pankreastransplantationen und Pankreas-Nieren-Transplantationen, die bis zum 31. Dezember 2019 durchgeführt worden sind, ist die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten QS NET

a) Indikatorenliste Dialyse

1		Aufklärung über Behandlungsoptionen
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden	
Indikatortyp	Prozessindikator	
2		Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde	
Indikatortyp	Prozessindikator	
3		Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4		Katheterzugang bei Hämodialyse
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialysepatienten, die über einen Katheter dialysiert werden	
Indikatortyp	Prozessindikator	
5		Dialysefrequenz pro Woche
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten	
Indikatortyp	Prozessindikator	
6		Dialysedauer pro Woche
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten, deren mittlere effektive Dialyse-dauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.	
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt	
Indikatortyp	Prozessindikator	
7		Ernährungsstatus
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.	

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Anämiemanagement
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und Dialysepatienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Hospitalisierung aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei Hämodialyse
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Hämodialysepatientinnen und -patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Hämodialyse-Patientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassozierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	1-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	2-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	3-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	5-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	10-Jahres-Überleben
Indikator ID	QI-ID FOLGT

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator

b) Indikatorenliste Nierentransplantation

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer isolierten Nierentransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme nach einer Lebendorganspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme nach einer postmortalen Organspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Intra- oder postoperative Komplikationen
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer isolierten Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation.

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	1-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere ein Jahr nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	2-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von zwei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere zwei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	3-Jahres-Überleben

Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von drei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere drei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
17	5-Jahres-Überleben
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von fünf Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere fünf Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) Indikatorenliste Pankreastransplantation

1		Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	<p>Zähler: Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb</p> <p>Nenner: Die jeweils ersten Pankreastransplantationen aller Aufenthalte im Erfassungsjahr oder im Erfassungsjahr -1</p>	
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2		1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status</p>	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3		1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status</p>	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
4		2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	<p>Zähler: Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status</p>	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5		2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 2 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status</p>	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6		3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	
Beschreibung	<p>Zähler: Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben</p> <p>Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status</p>	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7		3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT	

Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 3 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die bei Entlassung insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr oder im Erfassungsjahr -1 und lebend entlassen
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb des ersten Jahres nach Pankreastransplantation erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten zwei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation insulinfrei sind Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 mit bekanntem Status und ohne Retransplantation in den Folgejahren
Qualitätsziel	Selten Insulintherapie innerhalb der ersten drei Jahre nach Pankreastransplantation erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Entfernung des Pankreastransplantats
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten mit erfolgter Entfernung des Pankreastransplantats Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr oder im Erfassungsjahr -1
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
12	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
14	Institutionskennzeichen	X			X
15	entlassender Standort	X	X	X	
16	behandelnder Standort	X	X	X	
17	Fachabteilung	X		X	
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	
19	lebenslange Arztnummer	X			
20	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
21	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X			X
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵		X	X	X
23	Geburtsjahr ⁶	X	X	X	X
24	Geschlecht	X	X	X	

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

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besonderer Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

⁴ In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Datenfeld „erstes Aufnahmedatum im Quartal“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
25	Therapiestatus			X	X
26	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)	X	X	X	
27	Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			X	X
28	renale Grunderkrankung		X	X	
29	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X
30	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)		X	X	X
31	<ul style="list-style-type: none"> • mechanische Komplikation • Infektion • sonstige Komplikation 		X	X	
32	Datum der Referenzdialyse		X		
33	Serumalbumin		X		
34	Hämoglobin		X		
35	Ferritin		X		
36	Transferrin-Sättigung		X		
37	C-reaktives Protein		X		
38	Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF)		X	X	X
39	verordnete Wochendosis		X	X	
40	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	X			
42	Quartal des Entlassungstages ⁷	X		X	X
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
44	Vorgangsnummer, menschenlesbar [VD]	X			X
45	Vorgangsnummer, GUID [VD]	X			X
46	Versionsnummer [VD]				X
47	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
48	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X	
49	Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten?			X	X
50	Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie		X	X	
51	Hämodialyse		X	X	
52	Peritonealdialyse		X	X	
53	Heimdialyse		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
54	Nachtdialyse		X	X	
55	Nierentransplantation		X	X	X
56	Lebendorganspende		X	X	
57	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X
58	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X
59	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X	
60	Aufnahme auf die Warteliste		X	X	
61	Komorbiditäten		X	X	X
62	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X	
63	Herzinsuffizienz		X	X	
64	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X	
65	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X	
66	essentielle (primäre) Hypertonie		X	X	
67	Diabetes mellitus		X	X	
68	bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen		X	X	
69	Virushepatitis		X	X	
70	HIV-Infektion		X	X	
71	Malignom		X	X	
72	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X	
73	Demenz		X	X	
74	Depression		X	X	
75	andere Erkrankungen		X	X	X
76	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X
77	Datum Nierentransplantation		X		
78	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Dialyse]				X
79	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dialyse]	X			X
80	Vorgangsnummer, GUID [Dialyse]	X			X
81	Versionsnummer [Dialyse]				X
82	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X
83	Dialyseverfahren		X	X	X
84	<ul style="list-style-type: none"> • Prozedurenschlüssel • Gebührenordnungsposition (GOP) 	X			
85	Dialyседatum	X	X		
86	Patientenalter am Behandlungstag in		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Jahren (Dialyse) ⁸				
87	Zugangsart		X	X	
88	effektive Dialysedauer		X	X	
89	Körpergewicht nach der Dialysebehandlung		X	X	
90	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registrierkode) [Wesentliches Ereignis]				X
91	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wesentliches Ereignis]	X			X
92	Vorgangsnummer, GUID [Wesentliches Ereignis]	X			X
93	Versionsnummer [Wesentliches Ereignis]				X
94	Wieviertes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X
95	Art wesentliches Ereignis		X	X	X
96	Beginn wesentliches Ereignis		X	X	
97	Ende wesentliches Ereignis		X	X	
98	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X
99	Datum der Beendigung		X		
100	Todesursache		X	X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr				X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
§284 (Stammdaten)						
3	Versichertennummer (Elektronische	Stamm@V	X	X		

⁸ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialysedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Gesundheitskarte)					
4	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
5	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X	
6	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
7	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X
8	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§301 (Krankenhäuser)						
9	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X
10	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
11	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴	State_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
12	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
13	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X	
14	Erster Aufnahmezeitpunkt des Falles, an dem	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetermin@aufndatum	X	X		

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	der Versicherte ins KH aufgenommen wird					
15	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X		
16	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X	
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁵	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X	
18	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
19	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung '0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
20	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-');	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ssek	X	X	X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär Diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft					
21	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundär Diagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
22	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär Diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ssek	X	X	X	
23	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
24	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.tag@datum	X	X		
§295 (kollektivvertraglich)						

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
25	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁶	source(295k)@quelle				X
26	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁷	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
27	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁸	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X
28	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X			
29	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X	
30	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart	X		X	
31	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X		
32	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X		
33	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X	
34	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X	
35	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X	
36	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@datum	X			
37	Liste der Prozeduren eines	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Diagnose	Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum				
48	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations schlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
49	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations schlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X

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

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

- 1 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird nicht exportiert.
- 2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besonderer Personenkreis“ wird nicht exportiert.
- 3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „Besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.
- 4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorber-echnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	Klassifikation				
69	<ul style="list-style-type: none"> Blutung Reoperation erforderlich sonstige schwere Komplikation 		X	X	
70	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		X	X	
71	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats		X	X	
72	behandlungsbedürftige Abstoßung		X	X	X
73	Abstoßung durch Biopsie gesichert		X	X	

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisaus-wertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
14	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
15	Institutionskennzeichen	X			X
16	entlassender Standort	X	X	X	
17	Fachabteilung	X		X	
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
19	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
20	Geschlecht	X	X	X	
21	durchgeführte Transplantation			X	X
22	Datum der letzten Transplantation	X	X		
23	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁸	X	X		
24	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
25	Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation				X
26	Art der Follow-up-Erhebung		X	X	
27	Patient verstorben		X	X	X
28	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ⁹		X		
29	Monat des Todesdatums ¹⁰				X
30	Todesdatum		X		
31	Todesursache		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	
33	Transplantatversagen Niere		X	X	X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
34	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹		X		X
35	Monat des Transplantatversagens ¹²				X
36	Datum Transplantatversagen Niere		X		
37	Ursache Transplantatversagen Niere		X	X	
38	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X		
39	behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung		X	X	X
40	Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert		X	X	
41	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?				X
42	Beginn der Insulintherapie		X	X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
Administrative Daten						
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr				X
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X
§284 (Stammdaten)						
3	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
4	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
5	Geburtsjahr des	Stamm@gebjahr	X		X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Versicherten					
6	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
7	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹	Stamm@versicherungsdatum				X
8	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§301 (Krankenhäuser)						
9	Angabe der Quelle des Datensatzes ²	source(301)@quelle				X
10	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
11	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
12	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
13	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund			X	
14	Erster Aufnahme-tag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X			
15	Letzter Entlassungstag des	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag	X			

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	der Entlassung/Verlegung@entldatum				
16	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund			X	
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁵	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
18	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	
19	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung '0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	
20	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ssek	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft					
21	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	
22	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '!.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	
23	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
24	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X		

Verfahren 5: Transplantationsmedizin

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

- (1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind
- a) Lebertransplantationen
 - b) Leberlebendspenden
 - c) Lungentransplantationen
 - d) Herz-Lungen-Transplantationen
 - e) Herztransplantationen
 - f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsthernen
 - g) Nierenlebendspenden.

²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Transplantationsmedizin“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS TX“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen
- b) Erreichen von Behandlungszielen
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung bei Herzunterstützungssystemen
- b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- e) Verringerung von Folgeerkrankungen.

⁴Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch mit ihm assoziierte Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). ²Dies sind insbesondere das Überleben sowie bestimmte Komplikationen des Indexeingriffs bei Organtransplantierten und Lebendspendern.

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2028 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über etwaige Veränderungen in der Durchführung.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite im Lenkungsgremium gemäß Teil 1 § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 der Richtlinie erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da die Leistungen insgesamt nur geringe Fallzahlen aufweisen und insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

(3) Für die in § 1 Absatz 1 differenzierten Behandlungsverfahren sind in folgender Weise jeweils eigene Patienten- und Leistungserbringerpseudonyme anzuwenden:

1. a) Lebertransplantation und b) Leberlebendspende
2. c) Lungentransplantationen und d) Herz-Lungen-Transplantationen
3. e) Herztransplantationen und f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen
4. g) Nierenlebendspenden

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2022.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach

§ 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

(3) Bei gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II die Krankenversichertennummern verarbeitet.

(4) ¹Bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden bei Vorliegen einer Einwilligung nach den Vorgaben des Artikel 7 in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016.679 (Datenschutz-Grundverordnung) in der jeweils geltenden Fassung als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II die ET-Nummern verarbeitet. ²Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. ³Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II ohne patientenidentifizierende Daten verarbeitet.

(5) ¹Wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten gemäß § 15e Absatz 6 des Transplantationsgesetzes vorliegt, wird zusätzlich die ET-Nummer zu Zwecken des Transplantationsregisters verarbeitet. ²Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. ³Die Bundesauswertungsstelle löscht die verschlüsselte ET-Nummer, wenn deren Speicherung zu Zwecken der Datenübermittlung an das Transplantationsregister nicht mehr erforderlich ist.

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 13 entwickelt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. ²Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. ³Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu

veröffentlichen. ⁴Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ⁵Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8.

³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus bis zu drei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung (statistische Darstellung aller erfassten Daten)
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Fallnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

(4) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Lebertransplantationen
- b) Leberlebendspenden

- c) Lungen- und Herz-Lungentransplantationen
 - d) Herztransplantationen
 - e) Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
 - f) Nierenlebendspenden.
- (5) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

§ 10a Länderbezogene Auswertungen

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für das Verfahren QS TX. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) ¹Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer:

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

²Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 11 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) ¹Die Auswertungen werden durch das Institut nach § 137a SGB V in seiner Funktion gemäß Teil 1 § 7 Satz 2 im Auftrag und in Abstimmung mit der Bundesstelle nach Teil 1 § 7 unter Hinzuziehung der Bundesfachkommissionen nach § 13 bewertet. ²Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

(2) ¹Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ²Das Institut nach § 137a SGB V führt das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 4 durch. ³Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen. ⁴Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird gemeinsam durch die zuständige Bundesfachkommission und das Institut nach § 137a SGB V bewertet. ⁵Sofern die Auffälligkeit im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden kann, wird dieses abgeschlossen und die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer entsprechend informiert. ⁶Das Institut nach § 137a SGB V informiert die Bundesstelle über die laufenden Stellungnahmeverfahren und ihre Ergebnisse.

(3) ¹Können die Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht ausreichend aufgeklärt werden, empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie inklusive des Zeitrahmens, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ²Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein

geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ³Folgt die Bundesstelle den Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V nicht, ist darüber im Bundesqualitätsbericht nach Teil 1 § 20 der Richtlinie zu berichten.

(4) Der G-BA wird innerhalb eines Jahres nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(5) Die Einleitung der Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.

(6) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

§ 12 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2019 ergänzt.

§ 13 Bundesfachkommissionen

(1) ¹Die Bundesstelle richtet für die Durchführung ihrer Aufgaben

- a) eine Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“
- b) eine Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ und
- c) eine Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“

nach Teil 1 § 8 Absatz 3 der Richtlinie ein und gibt diesen eine Geschäftsordnung. ²In der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und b. ³In der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c bis f. ⁴In der Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe g.

(2) ¹Die Bundesstelle benennt die Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.

(3) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ sind jeweils drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit klinischer Erfahrung im Bereich Lebertransplantation, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(4) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ sind jeweils vier Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herz- und Lungentransplantation
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herz- und Lungentransplantation

- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herzchirurgie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Herztransplantation
- d) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herzchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Thoraxchirurgie mit klinischer Erfahrung im Bereich der Lungentransplantation

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(5) Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ sind jeweils drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit klinischer Erfahrung im Bereich der Nierentransplantation, davon

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Urologie

sowie zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(6) In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 soll intensivmedizinische Expertise vertreten sein.

(7) ¹In Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten bis zu zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates ein Mitberatungsrecht. ²In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ³Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁴Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit den Erkrankungen, aufgrund derer die jeweiligen Organtransplantationen durchgeführt werden.

(8) ¹Die Bundesfachkommissionen werden gemäß § 11 Absatz 1 Satz 1 bei der fachlichen Bewertung der Auswertungen durch das Institut nach § 137a SGB V sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen hinzugezogen. ²Darüber hinaus unterstützen die Bundesfachkommissionen das Institut nach § 137a SGB V bei der fachlichen Begleitung des Verfahrens „Transplantationsmedizin“ und nehmen die Aufgaben des Expertengremiums auf Bundesebene gemäß Teil 1 § 26 der Richtlinie wahr. ³Das Institut nach § 137a SGB V kann für Aufgaben nach Teil 1 § 26 weitere Experten für spezifische Fragestellungen hinzuziehen.

§ 14 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁴Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. ⁵Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁶Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis f für das

Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 15 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Bundesstelle zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen, sowie die Ergebnisse gemäß Teil 1 § 19 Absatz 3 der Richtlinie des Vorjahres.

§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des ersten Erfassungsjahres Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für das erste Erfassungsjahr werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 17 Übergangsregelung

(1) Die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß den §§ 5, 9 und 14 Absatz 2 erfolgt erstmals für Indexeingriffe aus dem Jahr 2021.

(2) Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche Leberlebendspende, Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation, Herztransplantationen, Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen und Nierenlebendspende der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2019 (Abschluss des Erfassungsjahres 2019) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste

a) Indikatorenliste Lebertransplantation

1	Tod durch operative Komplikationen	
Indikator-ID	2097	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die am Tag der Lebertransplantation oder am Tag nach der Lebertransplantation verstorben sind.	
Qualitätsziel	Selten Todesfälle am Tag oder am Folgetag der Transplantation	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
2	Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikator-ID	2096	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lebertransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.	
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
3	Postoperative Verweildauer	
Indikator-ID	2133	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, deren postoperative Verweildauer nach einer Lebertransplantation oberhalb des 75. Perzentils liegt.	
Qualitätsziel	Möglichst geringe postoperative Verweildauer	
Indikatortyp	Prozessindikator	
4	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
Indikator-ID	12349	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
5	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	
Indikator-ID	51596	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lebertransplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
6	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
Indikator-ID	12365	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
7	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	
Indikator-ID	51599	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.	
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	
Indikator-ID	12385	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.	

Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51602
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lebertransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

b) Indikatorenliste Leberlebendspenden

1	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen
Indikator-ID	2128
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen behandlungsbedürftigen Komplikation.
Qualitätsziel	Selten operative oder allgemeine Komplikationen bei der Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2125
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Leberlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich
Indikator-ID	2127
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen eine Lebertransplantation nach einer Lebendspende erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12296
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikator-ID	51603
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
Indikator-ID	12308
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	51604	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
8	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	12324	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
9	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	
Indikator-ID	51605	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebenspende verstorben sind.	
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
10	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikator-ID	12549	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
11	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikator-ID	12561	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von zwei Jahren nach Leberlebenspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
12	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikator-ID	12577	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.	
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebenspende erforderlich	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	
13	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	
Indikator-ID	12609	
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebenspende.	
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebenspende	
Indikatortyp	Ergebnisindikator	

14	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)
Indikator-ID	12613
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtiger Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebenspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)
Indikator-ID	12617
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtiger Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebenspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) Indikatorenliste Lungen- und Herz-Lungentransplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2155
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12397
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12413
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51639
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12433

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51641
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

d) Indikatorenliste Herztransplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2157
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Herztransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12253
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51629
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12269
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51631
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	12289
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

7	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)
Indikator-ID	51633
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator

e) Indikatorenliste Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems
Indikator-ID	251800
Beschreibung	Der Indikator erfasst die beobachtete Rate an Sterbefälle nach einer Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens im Verhältnis zu den erwarteten Sterbefällen.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Indikator-ID	251801
Beschreibung	Der Indikator erfasst das erwartete Sterberisiko einer Patientin bzw. eines Patienten nach der Implantation eines Herzunterstützungssystems / Kunstherzens.
Qualitätsziel	Berücksichtigung des Risikoprofils der Patientinnen und Patienten bei der Indikationsstellung für die Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD
Indikator-ID	52385
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines LVAD eine neurologische Komplikation auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sepsis bei Implantation eines LVAD
Indikator-ID	52388
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines LVAD eine Sepsis auftritt.
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD
Indikator-ID	52391
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten LVAD auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein
Indikatortyp	Ergebnisindikator

f) Indikatorenliste Nierenlebendspenden

1	Intra- oder postoperative Komplikationen
Indikator-ID	51567
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation.
Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	2137
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Nierenlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
Indikator-ID	2138
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderin und Nierenlebendspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren.
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikator-ID	12440
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikator-ID	51568
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikator-ID	12452
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin und des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
Indikator-ID	51569
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Indikator-ID	12468
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51570
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12640
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderinnen bzw. beim Nierenlebenspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)
Indikator-ID	12644
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51997
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51998
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebenspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende
Indikator-ID	51999

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit Albuminurie drei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebensspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

1. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X

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

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴		X	X	X
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X			X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße		X	X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
29	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X		X	X
30	Monat des Entlassungstages ¹⁰	X	X	X	X
31	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
32	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
33	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X	
34	Entlassungsgrund	X	X	X	X
35	Todesursache			X	
36	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
37	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
38	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
39	Versionsnummer [Transplantation]				X
40	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
41	Zentrumsangebot		X	X	
42	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X	
43	<ul style="list-style-type: none"> Bilirubin i. S. in mg/dl Bilirubin i. S. in µmol/l 		X		
44	<ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl 		X		

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
	• Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$				
45	INR (International Normalized Ratio)		X		
46	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren		X		
47	match MELD zugewiesen		X	X	X
48	match MELD		X	X	
49	Begründung für match MELD		X	X	X
50	standard exception		X	X	
51	Spendertyp		X	X	
52	Spenderalter		X	X	
53	Indikation zur Lebertransplantation		X	X	
54	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
55	Monat der Operation ¹³	X	X	X	X
56	OP-Datum	X	X		
57	Operation ¹⁴	X		X	
58	Abbruch der Transplantation			X	
59	Spenderorgan		X	X	
60	kalte Ischämiezeit (Stunden)		X	X	
61	kalte Ischämiezeit (zusätzliche Minuten)		X	X	
62	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	

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

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

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

2. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystem s (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			

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

² In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der letzten Transplantation ⁸	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	
29	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X		
30	Patient verstorben		X		X
31	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹		X		X
32	Monat des Todesdatums ¹²				X
33	Todesdatum		X		
34	Todesursache			X	
35	HCC vor Transplantation		X	X	X
36	HCC-Rezidiv		X	X	
37	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

3. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebenspende

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴			X	X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X	X	X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁹	X	X	X	X
30	Monat der Operation ¹⁰	X	X	X	X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
31	OP-Datum	X	X		
32	Operation ¹¹	X		X	
33	<ul style="list-style-type: none"> • Segment I • Segment II • Segment III • Segment IV • Segment V • Segment VI • Segment VII • Segment VIII 		X	X	
34	Gewicht entnommene Leber			X	
35	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Gallenwegskomplikation • sekundäre Wundheilung • Ileus • akutes Leberversagen • Thrombose • Lungenembolie • Pneumonie • sonstige Komplikationen 		X	X	
37	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich		X	X	X
38	Dominotransplantation		X	X	
39	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
40	Monat des Entlassungstages ¹³	X		X	X
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
42	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴	X		X	
43	Entlassungsgrund	X	X	X	

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

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

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

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

4. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebendspende (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der Lebendspende ⁸	X			X
24	Datum der Leberlebendspende	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	
29	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X		

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

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

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

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

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
30	Spender verstorben		X		X
31	Monat des Todesdatums ¹¹				X
32	Todesdatum		X		
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹²		X		X
34	<ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l • Bilirubin i. S. unbekannt 		X		
35	<ul style="list-style-type: none"> • Gamma-GT • Gamma-GT unbekannt 		X		
36	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	X
37	<ul style="list-style-type: none"> • Gallenwegskomplikationen • Narbenhernie • leberbezogene Komplikationen • intraabdominelle Komplikationen • sonstige eingriffsspezifische Komplikationen 			X	
38	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich				X
39	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen) ¹³		X		X
40	Monat der letzten Transplantation des Spenders ¹⁴	X			X
41	Datum der letzten Transplantation	X	X		

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

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

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

14 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴			X	X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X		X	
26	Geschlecht	X		X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	Grunderkrankung		X	X	
30	Blutgruppe [Basisdaten Empfänger]		X	X	

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
31	Cyclosporin [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
32	Tacrolimus [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
33	Azathioprin [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
34	Mycophenolat [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
35	Steroide [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
36	m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression bei Entlassung]			X	
37	andere [Immunsuppression bei Entlassung]			X	X
38	Patient bei Entlassung tracheotomiert		X	X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • FEV1 (prädiktiver Wert in %) • FEV1-Messung nicht möglich 		X	X	
40	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹	X	X	X	X
41	Monat des Entlassungstages ¹⁰	X	X	X	X
42	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
43	Entlassungsdiagnose(n) ¹¹	X		X	
44	Entlassungsgrund	X	X	X	X
45	Todesursache(n) akut			X	
46	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
47	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
48	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
49	Versionsnummer [Transplantation]				X
50	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
51	Dringlichkeit		X	X	
52	LAS (Lung Allocation Score)		X	X	
53	thorakale Voroperation		X	X	
54	Beatmung präoperativ		X	X	
55	Induktionstherapie			X	
56	Cyclosporin [Immunsuppression initial]			X	
57	Tacrolimus [Immunsuppression initial]			X	
58	Azathioprin [Immunsuppression initial]			X	
59	Mycophenolat [Immunsuppression initial]			X	
60	Steroide [Immunsuppression initial]			X	
61	m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression initial]			X	
62	andere [Immunsuppression initial]			X	X
63	Art der Spende		X	X	X
64	Spenderalter		X	X	
65	Blutgruppe [Spenderdaten]		X	X	
66	Beatmungsdauer		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
67	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X	
68	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
69	Monat der Operation ¹³	X	X	X	X
70	Datum der Transplantation	X	X		
71	Operation ¹⁴	X		X	
72	Abbruch der Transplantation			X	
73	Retransplantation				X
74	Monat der letzten Transplantation ¹⁵	X		X	X
75	Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁶			X	X
76	Datum der letzten Transplantation	X	X		
77	Transplantationsart			X	X
78	simultane Operationen		X	X	
79	Ischämiezeit (rechte Lunge)		X	X	
80	Ischämiezeit (linke Lunge)		X	X	

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

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

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

¹⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

6. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der letzten Transplantation ⁸	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	X

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

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

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
29	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X		
30	Patient verstorben		X		X
31	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹		X		X
32	Monat des Todesdatums ¹²				X
33	Todesdatum		X		
34	Todesursache(n) im Verlauf			X	
35	FEV1 (höchster Wert)		X	X	
36	FEV1 (aktueller Wert)		X	X	
37	FEV1-Messung nicht möglich			X	X
38	Cyclosporin			X	
39	Tacrolimus			X	
40	Azathioprin			X	
41	Mycophenolat			X	
42	Steroide			X	
43	m-ToR-Inhibitor			X	
44	andere			X	X

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

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

7. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen
siehe Leistungsbereich Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)
8. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen (Follow-up)
siehe Leistungsbereich Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)
9. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert. Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵			X	X
18	Monat des Aufnahmetages ⁶	X	X	X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X		X	
21	Geburtsjahr ⁷	X	X	X	X
22	Geschlecht [Empfänger]	X	X	X	
23	Körpergröße [Empfänger]		X	X	
24	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
25	Grunderkrankung		X	X	
26	Diabetes mellitus		X	X	
27	Hepatitis B		X	X	
28	Hepatitis C		X	X	
29	Blutgruppe [Empfänger]		X	X	
30	Rhesusfaktor [Empfänger]			X	
31	Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt?		X	X	X
32	<ul style="list-style-type: none"> • Herztransplantation • Assist Device/TAH • Koronarchirurgie • Klappenchirurgie • Korrektur angeborener Vitien • sonstige 		X	X	X
33	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl aller Voroperationen am Herzen • Anzahl aller Voroperationen unbekannt 		X	X	
34	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Voroperation in Tagen ⁸				X

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

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

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

⁸ Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.
⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
35	Monat der Voroperation ⁹		X	X	
36	Datum der letzten thorakalen Voroperation		X	X	
37	Abstand zwischen Geburtsdatum und letzter thorakaler Voroperation ¹⁰				X
38	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?		X		X
39	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹¹	X	X		X
40	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹²			X	
41	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
42	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
43	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹³	X		X	X
44	Monat des Entlassungstages ¹⁴	X	X	X	X

9 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

10 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ und „Geburtsdatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
45	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
46	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁵	X		X	
47	Entlassungsgrund	X	X	X	X
48	Todesursache(n) akut			X	
49	Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde?			X	
50	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]				X
51	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X			X
52	Vorgangsnummer, GUID [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X			X
53	Versionsnummer [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]				X
54	Wievielte Implantation während dieses Aufenthaltes?				X
55	durchgeführter Eingriff		X		X
56	Zielstellung		X	X	
57	Lag bei dem Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs eine akute Herzinsuffizienz vor?		X	X	
58	geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage			X	

¹⁵ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
59	Einstufung nach ASA-Klassifikation			X	
60	INTERMACS Profile-Level 1 - 7		X	X	
61	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		X	X	
62	linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%		X	X	
63	6 Minuten Gehstest: Distanz >= 500 Meter		X	X	
64	maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O ₂ /min/kg Körpergewicht		X	X	
65	stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten		X	X	
66	OP-Datum [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X			
67	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁶	X		X	X
68	Monat der Operation (VAD/TAH) ¹⁷	X		X	X
69	Operation [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz]	X		X	
70	Typ des Pumpsystems		X	X	
71	Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens		X	X	
72	Art des Unterstützungssystems		X	X	X
73	Abbruch der Implantation			X	
74	Sepsis		X	X	
75	neurologische Dysfunktion		X	X	
76	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems		X	X	
77	Rechtsherzversagen			X	

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁷ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
78	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Transplantation]				X
79	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
80	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
81	Versionsnummer [Transplantation]				X
82	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
83	PRA		X	X	
84	Dringlichkeit		X	X	
85	CAS (Cardiac Allocation Score)		X	X	
86	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung		X	X	X
87	Abstand zwischen Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung und Aufnahmedatum in Tagen ¹⁸			X	X
88	Monat des Beginns der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung ¹⁹				X
89	Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung		X	X	
90	Lungengefäßwiderstand Wert		X	X	
91	Beatmung		X	X	
92	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 			X	
93	Induktionstherapie			X	
94	Cyclosporin [Immunsuppression initial]			X	

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
95	Tacrolimus [Immunsuppression initial]			X	
96	Azathioprin [Immunsuppression initial]			X	
97	Mycophenolat [Immunsuppression initial]			X	
98	Steroide [Immunsuppression initial]			X	
99	m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression initial]			X	
100	andere [Immunsuppression initial]			X	X
101	Spenderalter			X	
102	Geschlecht [Spender]	X		X	
103	Körpergröße [Spender]			X	
104	Körpergewicht			X	
105	Blutgruppe [Spender]		X	X	
106	Rhesusfaktor [Spender]			X	
107	Todesursache			X	
108	Vasopressortherapie		X	X	
109	CK-Wert		X	X	
110	CK-MB-Wert		X	X	
111	Herzstillstand		X	X	
112	hypotensive Periode		X	X	
113	Koronarangiographie erfolgt		X	X	
114	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X	
115	Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems			X	X
116	Kategorie des Spenderorgans		X	X	
117	Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls		X	X	
118	Datum der Organentnahme		X	X	
119	Hämatokrit (Hk)		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
120	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen [Transplantation] ²⁰	X	X	X	X
121	Monat der Operation ²¹	X	X	X	X
122	OP-Datum [Transplantation]	X	X		
123	Operation [Transplantation] ²²	X		X	X
124	Abbruch der Transplantation			X	
125	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation			X	
126	kalte Ischämiezeit			X	
127	Cyclosporin [Postoperativer Verlauf]			X	
128	Tacrolimus [Postoperativer Verlauf]			X	
129	Azathioprin [Postoperativer Verlauf]			X	
130	Mycophenolat [Postoperativer Verlauf]			X	
131	Steroide [Postoperativer Verlauf]			X	
132	m-ToR-Inhibitor [Postoperativer Verlauf]			X	
133	andere [Postoperativer Verlauf]				X
134	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen			X	
135	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt			X	X

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

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

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

10. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X		X	
22	Geschlecht	X		X	
23	Monat der letzten Transplantation ⁸	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		
25	Datum der Follow-up-Erhebung		X		
26	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁹		X	X	X
27	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X		X	X
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	X
29	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X		

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

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

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

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

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
30	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	X
31	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	
32	Patient verstorben		X	X	X
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹¹		X	X	X
34	Monat des Todesdatums ¹²			X	X
35	Todesdatum		X		
36	Todesursache(n) im Verlauf			X	
37	Cyclosporin			X	
38	Tacrolimus			X	
39	Azathioprin			X	
40	Mycophenolat			X	
41	Steroide			X	
42	m-ToR-Inhibitor			X	
43	andere			X	X

11. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen
siehe Leistungsbereich Herztransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

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

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

12. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
16	Betriebsstätten-Nummer	X			
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴		X	X	X
18	Monat des Aufnahmetages ⁵	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷			X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				X
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
25	Geburtsjahr ⁸	X		X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	arterielle Hypertonie präoperativ			X	
30	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl [Anamnese] • Kreatininwert i.S. in µmol/l [Anamnese] 		X	X	
31	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁹	X	X	X	X
32	Monat der Operation ¹⁰	X	X	X	X
33	OP-Datum	X	X		
34	Operation ¹¹	X		X	
35	Dauer des Eingriffs			X	

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

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
36	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	
37	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Reoperation erforderlich • sonstige Komplikationen 		X	X	
38	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?		X	X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l [Spender bei Entlassung dialysepflichtig?]		X	X	
40	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X
41	Albumin i. U. > = 30mg/l		X	X	X
42	Albumin i. U.		X	X	
43	arterielle Hypertonie			X	
44	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹²	X		X	X
45	Monat des Entlassungstages ¹³	X		X	X
46	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
47	Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴	X		X	
48	Entlassungsgrund	X	X	X	X
49	Todesursache			X	

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

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

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

13. QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende (Follow-up)

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode)				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID	X			X
4	Versionsnummer				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten ³	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X
15	Betriebsstätten-Nummer	X			
16	Fachabteilung	X			
17	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴	X	X		X
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵			X	

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besondere Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

4 Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 Dieses Feld wird nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL).

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁶				X
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?			X	X
21	Geburtsjahr ⁷	X			X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der Lebendspende ⁸	X			X
24	Datum der Nierenlebendspende	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen ⁹	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹⁰	X			X
27	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X		
28	Art der Follow-up-Erhebung			X	
29	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X	X	
30	Spender verstorben		X	X	X
31	Monat des Todesdatums ¹¹			X	X
32	Todesdatum		X		
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹²		X		X

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

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

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
34	Spender dialysepflichtig?		X	X	X
35	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt 		X	X	
36	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X
37	Albumin i. U. $\geq 30\text{mg/l}$		X	X	X
38	Albumin i. U.		X	X	
39	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt 		X	X	
40	arterielle Hypertonie			X	

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

Wird ergänzt für das Indexjahr 2021.

Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe an der Aortenklappe, der Mitralklappe und an Herzkranzgefäßen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS KCHK“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte in den folgenden Bereichen messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Erreichen von Behandlungszielen
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- e) Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

⁴Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe.

(2) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). ²Dies sind insbesondere das Überleben, eingriffsbedingte Komplikationen sowie erneute Folgeeingriffe und Krankenhausaufenthalte.

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

(4) ¹Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. ²Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2027 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung. ⁴Erfolgt eine solche Entscheidung nicht, tritt das Verfahren mit dem Erfassungsjahr 2028 außer Kraft.

(6) Für die Stimmrechtsverteilung der Leistungserbringerseite im Lenkungsgremium gemäß Teil 1 § 8 Absatz 1 der Richtlinie gilt, dass alle Stimmen den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhäuser zufallen.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 48 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

(2) Die leistungserbringeridentifizierenden Daten sind entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie in der Datenabnahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

§ 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie
- b) den Krankenkassen.

²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2020.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie erhoben, verarbeitet und genutzt.

§ 7 Datenprüfung

Es kommen die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und das Datenprüfprogramm gemäß Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie zur Anwendung, die als Bestandteil der Spezifikation gemäß § 5 Absatz 2 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. ²Der G-BA beschließt auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember des dem Erfassungsjahr vorangehenden Jahres alle prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr und veröffentlicht diese. ³Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. ⁴Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. ⁵Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und der Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8.

³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen aus bis zu zwei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff

erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer enthalten neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der Richtlinie mindestens folgende Informationen:

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird.

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

(4) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Isolierte Koronarchirurgie
- b) Kombinierte Koronar- und Herzklappen chirurgie
- c) Kathetergestützte isolierte Aortenklappen chirurgie
- d) Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen chirurgie
- e) Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe
- f) Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
- g) Kombinierte Herzklappen chirurgie
- h) Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe.

(5) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Koronarchirurgie und Eingriffe an den Herzklappen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die länderbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) ¹Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin oder Leistungserbringer:

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit

- mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

²Die Bundesauswertungsstelle erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 30. Juni zur Verfügung.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) ¹Die Auswertungen werden durch das Institut nach § 137a SGB V in seiner Funktion gemäß Teil 1 § 7 Satz 2 im Auftrag und in Abstimmung mit der Bundesstelle nach Teil 1 § 7 unter Hinzuziehung der Bundesfachkommissionen nach § 14 bewertet. ²Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

(2) ¹Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ²Das Institut nach § 137a SGB V führt das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 und 2 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 4 durch. ³Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen. ⁴Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird gemeinsam durch die zuständige Bundesfachkommission und das Institut nach § 137a SGB V bewertet. ⁵Sofern die Auffälligkeit im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden kann, wird dieses abgeschlossen und die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer entsprechend informiert. ⁶Das Institut nach § 137a SGB V informiert die Bundesstelle über die laufenden Stellungnahmeverfahren und ihre Ergebnisse.

(3) ¹Können die Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht ausreichend aufgeklärt werden, empfiehlt das Institut nach § 137a SGB V gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle weiterführende qualitätssichernde Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie inklusive des Zeitrahmens, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen. ²Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. ³Folgt die Bundesstelle den Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V nicht, ist darüber im Bundesqualitätsbericht nach Teil 1 § 20 der Richtlinie zu berichten.

(4) Der G-BA wird innerhalb von zwei Jahren nach Beginn der Datenerhebung bundesweit einheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(5) Die Einleitung der Maßnahmen der Stufe 2 richtet sich nach Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie.

(6) Das Stellungnahmeverfahren für die Krankenhäuser soll für die im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein.

§ 13 Datenvalidierung

Regelungen zur Datenvalidierung werden bis zum 31. Dezember 2019 ergänzt.

§ 14 Bundesfachkommissionen

(1) ¹Die Bundesstelle richtet eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie und Aortenklappe“ und eine Bundesfachkommission „KHCK – Schwerpunkt

Mitralklappe“ ein und gibt beiden Bundesfachkommissionen eine Geschäftsordnung. ²Die Bundesfachkommissionen übernehmen die fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Auswertungen. ³In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie“ erfolgt die Beratung des Leistungsbereichs gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis d. ⁴In der Bundesfachkommission „KHCK – Schwerpunkt Mitralklappe“ erfolgt die Beratung der Leistungsbereiche gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe e bis h. ⁵Des Weiteren beraten die Bundesfachkommissionen die Stelle nach § 7 Absatz 2 bei der Bewertung auffälliger Ergebnisse und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie.

(2) ¹Die Bundesstelle benennt die Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. ²Wiederbenennungen sind möglich.

(3) ¹Stimmberechtigte Mitglieder der Bundesfachkommissionen sind jeweils zwei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ oder „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates erhalten ein Mitberatungsrecht. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 5 Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁵Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit Herzerkrankungen.

(4) Die Bundesfachkommissionen übernehmen gemäß Teil 1 § 8 Absatz 3 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

¹Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung des Qualitätssicherungsverfahrens „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“ richtet das Institut nach § 137a SGB V ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein, für das jeweils drei ärztliche Vertreterinnen oder Vertreter der beiden Bundesfachkommissionen nach § 14 von diesen benannt werden. ²Darüber hinaus ist aus jeder Bundesfachkommission nach § 14 eine Vertreterin oder ein Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zu benennen. ³Das Expertengremium soll die unter Teil 1 § 26 Absatz 3 genannten Aufgaben wahrnehmen sowie unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen in den unter § 10 Absatz 4 genannten Leistungsbereichen bewerten und ggf. erforderlichen Handlungsbedarf feststellen.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ³Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁴Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich,

spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. ⁵Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁶Alle Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt sowie differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis h für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der Bundesstelle zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen, sowie die Ergebnisse gemäß Teil 1 § 19 Absatz 3 der Richtlinie des Vorjahres.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 zweiter Spiegelstrich der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des zweiten Erfassungsjahres Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für die ersten zwei Erfassungsjahre werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) Abweichend von § 16 Absatz 1 Satz 6 ist die von den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie zu erstellende Aufstellung für das Erfassungsjahr 2020 wie folgt zu differenzieren:

- a) QS-Verfahren gesamt
- b) Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation

c) Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation.

(2) Für Indexeingriffe der herzchirurgischen Leistungsbereiche Aortenklappenchirurgie, isoliert, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und Koronarchirurgie, isoliert der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2019 (Abschluss des Erfassungsjahres 2019) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I Indikatorenliste

1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
5	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe bei kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufig leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
6	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen einer kombinierten koronar- und herzklappenchirurgischen Operation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Erreichen des Eingriffsziels bei kathetergestütztem isolierten Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Erreichen des Eingriffsziels bei offen-chirurgischem isolierten Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.

Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft.
Qualitätsziel	Angemessene Häufigkeit von Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthaltes bei kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten von Gefäßkomplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

17	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthaltes nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten postprozedurales akutes Nierenversagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten intraprozeduraler Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Seltenes Auftreten intraprozeduraler Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
20	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
21	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
22	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
23	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator

24	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthaltes bei einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
25	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
26	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
27	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
28	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
29	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
30	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
31	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT

Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
32	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
33	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
34	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
35	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
36	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
37	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige neu aufgetretene Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
38	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
39	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
40	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst selten tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
41	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
42	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
43	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
44	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
45	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff im Rahmen eines kathetergestützten kombinierten Herzklappeneingriffs
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
46	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
47	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator

48	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe im Rahmen einer kombinierten koronar- und herzklappenchirurgischen Operation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
49	Reintervention innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
50	Reintervention innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
51	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe im Rahmen einer kombinierten koronar- und herzklappenchirurgischen Operation
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff
Indikatortyp	Ergebnisindikator
52	PCI innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
53	PCI innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
54	PCI innerhalb eines Jahres nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
55	PCI innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
56	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

57	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
58	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
59	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
60	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
61	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
62	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
63	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
64	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT

Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
65	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
66	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
67	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
68	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
69	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
70	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
71	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
72	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
73	Sterblichkeit im Krankenhaus nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
74	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
75	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
76	Sterblichkeit im Krankenhaus nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
77	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
78	Sterblichkeit im Krankenhaus nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
79	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
80	Sterblichkeit im Krankenhaus nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle während des stationären Aufenthaltes

Indikatortyp	Ergebnisindikator
81	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
82	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
83	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
84	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
85	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
86	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
87	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
88	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb von 30 Tagen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
89	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach isolierter Koronarchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
90	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kombinierter Koronar- und Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
91	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
92	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Aortenklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
93	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
94	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach offen-chirurgischem isoliertem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
95	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kombinierter Herzklappenchirurgie
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
96	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres nach kathetergestütztem kombiniertem Herzklappeneingriff
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Der Indikator erfasst Sterbefälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Sterbefälle innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II Erforderlichkeit der Daten

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis]				X
2	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis]	X			X
3	Vorgangsnummer, GUID [Basis]	X			X
4	Versionsnummer [Basis]				X
5	Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze)				X
6	Modulbezeichnung				X
7	Teildatensatz oder Bogen				X
8	Dokumentationsabschlussdatum				X
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹	X			X
10	GKV-Versichertenstatus ²	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort	X	X	X	X
14	behandelnder Standort (OPS)	X	X	X	
15	Fachabteilung	X			
16	Quartal des Aufnahmetages ⁴	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵	X	X	X	X
18	Geburtsjahr ⁶	X		X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt 		X	X	

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

2 In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Besonderer Personenkreis“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Der „Besonderer Personenkreis“ wird nicht exportiert.

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
21	<ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt 		X	X	
22	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		X	X	
23	medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)		X	X	
24	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocker • AT1-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Neprilysin-Hemmer • Diuretika • Aldosteronantagonisten • andere Medikation zur Therapie der Herzinsuffizienz 		X	X	
25	Angina Pectoris		X	X	
26	klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI		X	X	
27	kardiogener Schock / Dekompensation		X	X	
28	Reanimation [Anamnese / Befund]		X	X	
29	<ul style="list-style-type: none"> • systolischer Pulmonalarteriendruck • systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt 		X	X	
30	Herzrhythmus bei Aufnahme		X	X	
31	Vorhofflimmern anamnestisch bekannt		X	X	
32	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger		X	X	
33	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X	
34	<ul style="list-style-type: none"> • LVEF • LVEF unbekannt 		X	X	
35	Koronarangiographiebefund		X	X	
36	signifikante Hauptstammstenose		X	X	
37	Revaskularisation indiziert		X	X	
38	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt?			X	
39	Datum letzte PCI			X	
40	Anzahl		X	X	

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
41	akute Infektion(en) ⁷		X	X	
42	Diabetes mellitus		X	X	
43	arterielle Gefäßerkrankung		X	X	X
44	periphere AVK		X	X	
45	Arteria Carotis		X	X	
46	Aortenaneurysma		X	X	
47	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)		X	X	X
48	Lungenerkrankung(en)		X	X	
49	neurologische Erkrankung(en)		X	X	X
50	Schweregrad der Behinderung		X	X	
51	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X
52	<ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l 		X	X	
53	korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung		X	X	
54	geplantes funktionelles Ergebnis erreicht		X	X	
55	neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	
56	Reanimation			X	
57	komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		X	X	
58	postprozedurales akutes Nierenversagen		X	X	
59	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		X	X	
60	Perikardtamponade		X	X	
61	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		X	X	
62	Mediastinitis		X	X	
63	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		X	X	X
64	Abstand OP-Datum - zerebrovaskuläres Ereignis ⁸		X	X	
65	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X	
66	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X	

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
67	therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		X	X	X
68	<ul style="list-style-type: none"> • Infektion(en) • Sternuminstabilität • Gefäßruptur • Dissektion • therapierelevante Blutung/ Hämatom • Ischämie • AV-Fistel • Aneurysma spurium • Sonstige 		X	X	
69	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X	
70	paravalvuläre Leckage		X	X	
71	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator			X	
72	Entlassungsdiagnose(n) ⁹	X		X	
73	Quartal des Entlassungstages ¹⁰	X		X	X
74	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹	X		X	X
75	Entlassungsgrund	X	X	X	
76	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur]				X
77	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur]	X			X
78	Vorgangsnummer, GUID [Prozedur]	X			X
79	Versionsnummer [Prozedur]				X
80	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X
81	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹²	X	X	X	X
82	Quartal der Operation ¹³	X		X	X
83	Operation ¹⁴	X		X	
84	Koronarchirurgie		X	X	X
85	Aortenklappeneingriff		X	X	X
86	Mitralklappeneingriff			X	X

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

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

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

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

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

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

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
87	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		X	X	X
88	<ul style="list-style-type: none"> • Eingriff an der Trikuspidalklappe • Eingriff an der Pulmonalklappe • Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand • Vorhofablation • Eingriff an herznahen Gefäßen • Herzohrverschluss • Sonstige 		X	X	
89	Zugang		X	X	
90	Patient wird beatmet		X	X	
91	Dringlichkeit		X	X	
92	Nitrate (präoperativ)		X	X	
93	Troponin positiv (präoperativ)			X	
94	Inotrope (präoperativ)		X	X	
95	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		X	X	
96	Wundkontaminationsklassifikation		X	X	
97	Dauer des Eingriffs		X	X	
98	<ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt 		X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrastmittelmenge • kein Kontrastmittel appliziert 			X	
100	Intraprozedurale Komplikationen		X	X	X
101	<ul style="list-style-type: none"> • Device-Fehlpositionierung • Koronarostienverschluss • Aortendissektion • Aortenregurgitation > = 2. Grades • Annulus-Ruptur • Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle • Perikardtamponade • LV-Dekompensation • Hirnembolie • Rhythmusstörungen • Device-Embolisation • vaskuläre Komplikation • Low Cardiac Output • schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural) • Patient verstarb im OP/Katheterlabor 		X	X	X
102	Therapie des Low Cardiac Output		X	X	
103	Konversion		X	X	X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
104	Grund für den Wechsel des führenden Eingriffs		X	X	
105	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarchirurgie]				X
106	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarchirurgie]	X			X
107	Vorgangsnummer, GUID [Koronarchirurgie]	X			X
108	Versionsnummer [Koronarchirurgie]				X
109	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?				X
110	Anzahl der Grafts		X	X	X
111	<ul style="list-style-type: none"> • ITA links • sonstige Grafts 		X	X	
112	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Aortenklappeneingriff]				X
113	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Aortenklappeneingriff]	X			X
114	Vorgangsnummer, GUID [Aortenklappeneingriff]	X			X
115	Versionsnummer [Aortenklappeneingriff]				X
116	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
117	Stenose			X	
118	Insuffizienz			X	
119	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Frailty • Hochrisiko • Prognose-limitierende Zweiterkrankung • Patientenwunsch • Porzellan-Aorta • Malignom (nicht kurativ behandelt) • Sonstige 		X	X	
120	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Mitralklappeneingriff]				X

Laufende Nummer	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikator-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
121	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Mitralklappeneingriff]	X			X
122	Vorgangsnummer, GUID [Mitralklappeneingriff]	X			X
123	Versionsnummer [Mitralklappeneingriff]				X
124	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X
125	Beschwerdebild der Mitralklappenerkrankung		X	X	
126	Mitralklappenvitium		X	X	X
127	führende Genese der Mitralklappeninsuffizienz		X	X	
128	<ul style="list-style-type: none"> effektive Mitralklappenregurgitationsfläche (EROA) Mitralklappenregurgitationsfläche unbekannt 		X	X	
129	<ul style="list-style-type: none"> Mitralklappenregurgitationsvolumen (RVOL) Mitralklappenregurgitationsvolumen unbekannt 		X	X	
130	<ul style="list-style-type: none"> Vena contracta Vena contracta unbekannt 		X	X	
131	<ul style="list-style-type: none"> LVEDD LVEDD unbekannt 		X	X	
132	<ul style="list-style-type: none"> Mitralklappenöffnungsfläche Mitralklappenöffnungsfläche unbekannt 		X	X	
133	linksatrialer Thrombus		X	X	
134	Morphologie der Mitralklappe auffällig?		X	X	X
135	<ul style="list-style-type: none"> Segelprolaps Flail leaflet Ruptur der Papillarmuskulatur erhebliche Koaptationslücke fibrotische Verdickung Verkalkung/Sklerosierung Vegetationen Kommissurenfusionen 		X	X	X
136	eingriffsassoziertes Risiko aufgrund schwerer Begleiterkrankungen		X	X	
137	hohes Risiko für Embolie		X	X	
138	hohes Risiko für hämodynamische Dekompensation		X	X	

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

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X	
	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icdsek	X	X	X	
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X	
	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X			
	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
§ 301 (AMBO)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵	source(kh_ambo)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X
	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X			
	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X		X	
	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit			X.	

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X		X	
	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek			X	
	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X		X	
	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X			
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X		X	
	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X			X
§ 295 (kollektivvertraglich)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹	source(295k)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X		
	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X			
	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X			
	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X		X	
	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit			X	
	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X		X	
	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X			
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X		X	
§ 284 (Stammdaten)						
	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		
	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹²	Stamm@versicherungsdatum				X
	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
§ 295 (selektivvertraglich)						
	Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³	source(295s)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X
	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X		
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁶	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁷	state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X		

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

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

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

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

¹⁶ Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

¹⁷ Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X			
	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X			
	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd	X			
	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit			X	
	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X			
	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X		X	
	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X			X
Administrative Daten						
	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X