

# 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 22. November 2019  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.05.2020 B2)  
in Kraft getreten am 16. Mai 2020

*Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.*

## Inhalt

<b>Teil 1: Rahmenbestimmungen</b> .....	<b>10</b>
<b>§ 1 Gegenstand, Geltungsbereich und Ziele der Richtlinie</b> .....	<b>10</b>
<b>§ 2 Verfahrensarten</b> .....	<b>11</b>
<b>§ 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen</b> .....	<b>12</b>
<b>§ 4 Verfahrensgrundsätze</b> .....	<b>12</b>
<b>§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften</b> .....	<b>13</b>
<b>§ 6 Aufgaben der LAG</b> .....	<b>15</b>
<b>§ 7 Bundesstelle</b> .....	<b>15</b>
<b>§ 8 Aufgaben der Bundesstelle</b> .....	<b>16</b>
<b>§ 9 Datenannahmestelle</b> .....	<b>16</b>
<b>§ 10 Auswertungsstellen</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 11 Vertrauensstelle</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 11a Versendestelle</b> .....	<b>18</b>
<b>§ 12 Zusammenarbeit</b> .....	<b>19</b>
<b>§ 13 Grundmodell des Datenflusses</b> .....	<b>20</b>
<b>§ 14 Arten der Daten</b> .....	<b>20</b>
<b>§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten</b> .....	<b>21</b>
<b>§ 16 Datenvalidierung</b> .....	<b>22</b>
<b>§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen</b> .....	<b>23</b>
<b>§ 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</b> ...24	
<b>§ 19 Qualitätssicherungsergebnisberichte an das Institut nach § 137a SGB V</b> .....	<b>25</b>
<b>§ 20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA</b> .....	<b>25</b>

§ 21	Ablösung länderbezogener Verfahren .....	26
§ 22	Finanzierung .....	26
§ 23	Bindung der einbezogenen Organisationen .....	27
§ 24	Information der Patientinnen und Patienten .....	27
§ 25	Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer .....	27
§ 26	Expertengremien auf Bundesebene .....	27
§ 27	Aussetzung der Datenlieferung für das Erfassungsjahr 2020 .....	28
Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren .....		29
§ 1	Allgemeines .....	29
§ 2	Datenübermittlung an die Datenannahmestelle .....	29
§ 3	Verfahren in der Datenannahmestelle .....	30
§ 4	Verfahren in der Vertrauensstelle .....	31
§ 4a	Verfahren in der Versendestelle .....	31
§ 5	Verfahren in den Auswertungsstellen .....	31
§ 6	Auswertungen und Rückmeldeberichte .....	32
Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen .....		33
Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie .....		33
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens .....	33
§ 2	Eckpunkte .....	33
§ 3	Begründung der Vollerhebung .....	34
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben .....	34
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten .....	34
§ 6	Datenflussverfahren .....	35

§ 7	Datenprüfung .....	35
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche .....	35
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen .....	35
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	35
§ 11	Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie .....	36
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten .....	37
§ 13	Datenvalidierung.....	37
§ 14	Fachkommissionen .....	38
§ 15	Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene .....	38
§ 16	Datenlieferfristen .....	38
§ 17	Fristen für Berichte.....	39
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	39
§ 19	Übergangsregelung.....	40
	Anlage I: Indikatorenliste QS PCI.....	41
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	44
	Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen.. ..	57
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens .....	57
§ 2	Eckpunkte .....	58
§ 3	Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V .....	58
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben .....	59
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten .....	59
§ 6	Datenflussverfahren .....	60
§ 7	Datenprüfung .....	60

§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche .....	60
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen .....	61
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	61
§ 11	Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie .....	62
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten .....	62
§ 13	Datenvalidierung.....	63
§ 14	Fachkommissionen .....	63
§ 15	Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene .....	64
§ 16	Datenlieferfristen .....	64
§ 17	Fristen für Berichte.....	65
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	65
§ 19	Begleitende Erprobung .....	65
§ 20	Übergangsregelung.....	67
Anlage I: Indikatorenliste QS WI .....		68
Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....		70
Verfahren 3: Cholezystektomie (CHE) .....		104
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens .....	104
§ 2	Eckpunkte .....	104
§ 3	Begründung der Vollerhebung .....	105
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben .....	105
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten .....	105
§ 6	Datenflussverfahren .....	106
§ 7	Datenprüfung .....	106

§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche .....	106
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen .....	106
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	107
§ 11	Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie.....	107
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten .....	108
§ 13	Datenvalidierung.....	108
§ 14	Fachkommissionen .....	108
§ 15	Expertengremium auf Bundesebene.....	109
§ 16	Datenlieferfristen .....	109
§ 17	Fristen für Berichte.....	109
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	110
Anlage I: Indikatorenliste QS CHE .....		111
Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....		112
Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).....		119
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens .....	119
§ 2	Eckpunkte .....	119
§ 3	Begründung der Vollerhebung .....	120
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben .....	121
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten .....	121
§ 6	Datenflussverfahren .....	122
§ 7	Datenprüfung .....	122
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche .....	122
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen .....	122

§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	123
§ 11	Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie.....	123
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten .....	124
§ 13	Datenvalidierung.....	125
§ 14	Fachkommissionen auf Landesebene.....	125
§ 14a	Bundesfachkommission .....	126
§ 15	Expertengremium auf Bundesebene.....	126
§ 16	Datenlieferfristen .....	127
§ 17	Fristen für Berichte.....	127
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	128
§ 19	Übergangsregelung.....	128
	Anlage I: Indikatorenlisten QS NET.....	129
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	136
	Verfahren 5: Transplantationsmedizin.....	154
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens .....	154
§ 2	Eckpunkte .....	154
§ 3	Begründung der Vollerhebung .....	155
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben .....	155
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten .....	155
§ 6	Datenflussverfahren .....	156
§ 7	Datenprüfung .....	156
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche .....	156
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen .....	157

§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	157
§ 11	Bewertung der Auffälligkeiten .....	158
§ 12	Datenvalidierung.....	159
§ 13	Bundesfachkommissionen .....	159
§ 14	Datenlieferfristen .....	160
§ 15	Fristen für Berichte.....	161
§ 16	Fehlende Dokumentation der Datensätze .....	161
§ 17	Übergangsregelung.....	161
	Anlage I: Indikatorenliste.....	162
	Anlage II: Erforderlichkeit der Daten.....	171
	Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen.....	209
§ 1	Gegenstand und Ziele des Verfahrens.....	209
§ 2	Eckpunkte .....	209
§ 3	Begründung der Vollerhebung .....	210
§ 4	Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben .....	210
§ 5	Festlegung der zu erhebenden Daten .....	210
§ 6	Datenflussverfahren .....	211
§ 7	Datenprüfung .....	211
§ 8	Rechenregeln und Referenzbereiche .....	211
§ 9	Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen .....	211
§ 10	Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie .....	211
§ 11	Länderbezogene Auswertungen.....	212
§ 12	Bewertung der Auffälligkeiten .....	213

§ 13	Datenvalidierung.....	213
§ 14	Bundesfachkommissionen .....	213
§ 15	Expertengremium auf Bundesebene.....	214
§ 16	Datenlieferfristen .....	214
§ 17	Fristen für Berichte.....	215
§ 18	Fehlende Dokumentation der Datensätze.....	215
§ 19	Übergangsregelung.....	215
Anlage I:	Indikatorenliste QS KCHK.....	217
Anlage II:	Erforderlichkeit der Daten.....	230

*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 sowie gegebenenfalls von Daten aus Patientenbefragungen und das Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Krankenkassen für den Vergleich der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander fest.

(2) <sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt diese Richtlinie auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. <sup>2</sup>Damit werden gemäß Eckpunktebeschluss vom 21. Juli 2016 zur Umsetzung und kontinuierlichen Weiterentwicklung der datengestützten QS einheitliche Rahmenbedingungen und einheitliche Strukturen auf Landesebene geschaffen. <sup>3</sup>Ziele 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 Patientenorientierung 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) <sup>1</sup>Diese 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. <sup>2</sup>Diese 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) <sup>1</sup>Sektorspezifisch sind Verfahren, die nur auf einen Sektor bezogen Anwendung finden. <sup>2</sup>Sektorenübergreifend sind Verfahren, die nicht nur auf einen Sektor bezogen Anwendung finden. <sup>3</sup>Erfasst 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) <sup>1</sup>Diese 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.

<sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Der 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 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 Landeskrankenhausgesellschaften (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

<sup>1</sup>Auf 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. <sup>2</sup>Diese 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 sowie gegebenenfalls aus Patientenbefragungen zu verarbeitenden Daten und deren Empfänger)
5. der zulässigen Zeitdauer der Speicherung und des Zeitpunkts der Löschung des Geheimnisses zur Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten 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, sofern Daten aus Patientenbefragungen einbezogen werden auch Vorgaben der Kriterien für die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten
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) <sup>1</sup>Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erarbeitung von Instrumenten und Qualitätsindikatoren für das ausgewählte Thema. <sup>2</sup>Sofern 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
- g) zusätzlich bei Patientenbefragungen:

die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten, Vorgaben zum Ablauf der Befragung (z. B. Erinnerungsverfahren zur Erhöhung des Rücklaufs) sowie alle notwendigen Vorgaben zu den Befragungsinstrumenten und zu den Daten, die zur Rücklaufkontrolle, zur Vollzähligkeitskontrolle und zu Auswertungszwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden

abzugeben und beschließt über deren Umsetzung.

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

(6) <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Des 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.

(8) Der G-BA beauftragt eine Versendestelle gemäß § 11a.

## **§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften**

(1) <sup>1</sup>Auf 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). <sup>2</sup>Existieren in einem Land mehrere KVen oder KZVen, sind diese mit einzubeziehen.

(2) <sup>1</sup>Die LAG trifft ihre Entscheidungen durch ein Lenkungsgremium. <sup>2</sup>Die Organisationen nach Absatz 1 sind im Lenkungsgremium stimmberechtigt. <sup>3</sup>Das 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. <sup>4</sup>Bei 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. <sup>5</sup>Die Festlegung hinsichtlich der wesentlichen Betroffenheit erfolgt in den themenspezifischen Bestimmungen. <sup>6</sup>Das 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. <sup>7</sup>Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der Vorsitzenden oder des Vorsitzenden den Ausschlag. <sup>8</sup>Das Lenkungsgremium ist dem G-BA gegenüber für die ordnungsgemäße Durchführung der Richtlinien verantwortlich.

(3) <sup>1</sup>Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. <sup>2</sup>Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landeszahnärztekammern oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gegenüber der LAG gilt § 140f Absatz 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

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

(5) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Fachkommissionen sollen die fachliche Bewertung der Auswertungen übernehmen. <sup>3</sup>Weitere Aufgaben können von ihr im Rahmen der Umsetzung der durch die LAG beschlossenen QS-Maßnahmen übernommen werden. <sup>4</sup>Hierzu zählt u. a. die Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien oder von Peer-Review-Verfahren. <sup>5</sup>Die fachlichen Anforderungen an die Qualifikation der Mitglieder richten sich nach dem jeweiligen Themengebiet bzw. Leistungsbereich. <sup>6</sup>Alle Mitglieder der Fachkommissionen sollen neben den themenspezifischen Fachkenntnissen und Erfahrungen möglichst Kenntnisse und Erfahrungen im Qualitätsmanagement haben. <sup>7</sup>Von den stimmberechtigten Mitgliedern der Fachkommissionen müssen mindestens 2/3 Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtungen bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein. <sup>8</sup>Soweit relevant müssen Angehörige der Pflegeberufe angemessen beteiligt werden. <sup>9</sup>Die näheren Anforderungen regeln die themenspezifischen Bestimmungen. <sup>10</sup>In 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. <sup>11</sup>Themenbezogen können Vertreterinnen und Vertreter anderer Heilberufe ein Mitberatungsrecht erhalten. <sup>12</sup>Die Kosten für die Teilnahme der Mitglieder der Fachkommissionen (z. B. Reisekosten, Verdienstausfall) tragen die jeweils entsendenden Organisationen nach Absatz 1 (KV, KZV, LKG und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen), nicht die LAG. <sup>13</sup>Die 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. <sup>14</sup>Die 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**

<sup>1</sup>Die Bundesstelle ist der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. <sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Die 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 barrierefreie 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) <sup>1</sup>Die Bundesstelle richtet zur Durchführung ihrer Aufgaben Bundesfachkommissionen ein. <sup>2</sup>Für 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. <sup>3</sup>In begründeten Fällen kann die Zusammensetzung einer Bundesfachkommission durch das Lenkungsgremium beanstandet werden. <sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Datenannahmestellen sind diejenigen Stellen, an welche die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Krankenkassen die erhobenen Daten übermitteln. <sup>2</sup>Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist die zuständige KV/KZV. <sup>3</sup>Datenannahmestelle für Krankenhäuser ist die LQS oder die LKG. <sup>4</sup>Die Datenannahmestellen nach Satz 2 und 3 führen die Datenannahme für ihre Mitglieder auf eigene Kosten durch. <sup>5</sup>Eine 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. <sup>6</sup>Bei 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. <sup>7</sup>Datenannahmestelle für Daten betreffend die selektivvertragliche Tätigkeit von SV-LE ist die Vertrauensstelle nach § 11. <sup>8</sup>Datenannahmestelle 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. <sup>9</sup>Die in Satz 2, 3 und 6 genannten Datenannahmestellen können getrennt oder gemeinsam geeignete Dritte mit der Datenannahme beauftragen. <sup>10</sup>Bei 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) <sup>1</sup>Die 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.

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

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

1. Die Prüfung der an sie übermittelten Datensätze auf Vollständigkeit, 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 der bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie Krankenkassen erhobenen Daten und Prüfung der zusammengeführten Datensätze; die leistungserbringerbezogene Zuordnung der Daten aus Patientenbefragungen
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
6. die datenschutzgerechte Vernichtung und die Sicherstellung der Nichteinbeziehung in die Auswertung von Fragebögen aus Patientenbefragungen, die personenidentifizierende Angaben enthalten oder die nach der Ausschlussfrist bei der Auswertungsstelle eingehen
7. die datenschutzgerechte Vernichtung der in die Auswertung einbezogenen Fragebögen aus Patientenbefragungen nach Einlesen und Prüfen der Daten, spätestens jedoch nach Abschluss der Auswertungen.

## § 11 Vertrauensstelle

(1) <sup>1</sup>Die Vertrauensstelle ist eine Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten gemäß § 14 Absatz 2, die im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhoben werden, pseudonymisiert. <sup>2</sup>Als 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) <sup>1</sup>Der G-BA beauftragt eine generelle Vertrauensstelle. <sup>2</sup>Der G-BA kann für einzelne Verfahren eine andere Vertrauensstelle beauftragen.

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

## § 11a Versendestelle

(1) Die Versendestelle ist eine vom G-BA beauftragte zentrale Stelle, die nach dessen Vorgaben für die Durchführung von Patientenbefragungen die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten, den Druck sowie die Versendung der Fragebögen übernimmt.

(2) <sup>1</sup>Die Versendestelle hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Annahme der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die Datenannahmestellen an sie übermittelten personenbezogenen Daten gemäß § 14 Absatz 2a und des Leistungserbringerpseudonyms, Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit sowie Übermittlung eines Datenflussprotokolls an die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer
2. Verarbeitung der Daten nach Nummer 1 zu Zwecken der Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten, des Drucks und der Versendung der Fragebögen an die Patientinnen und Patienten
3. Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten, die jeweils bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer behandelt worden sind, aus den übermittelten Versendedaten gemäß § 14 Absatz 2a nach den vom G-BA beschlossenen Vorgaben gemäß § 3 Satz 2 Nummer 6
4. Erstellung einer zufälligen Fragebogen-ID für jeden ausgewählten Patientendatensatz
5. Berechnung der Ausschlussfrist für die Auswertung des Fragebogens
6. Erzeugung einer Tabelle, die die Zuordnung zwischen Fragebogen-ID und Leistungserbringerpseudonym sowie die jeweilige Ausschlussfrist enthält (Mapping-Tabelle)
7. Patientenindividuelle Erstellung der Befragungsunterlagen (je nach Sendungsart Anschreiben bzw. Erinnerungsschreiben, Fragebogen und Kennzeichnung auf jeder Seite mit Fragebogen-ID, Rücksendeumschlag) sowie Bereitstellung zum Versand in einem verschlossenen adressierten Umschlag zur Versendung durch einen vom G-BA beauftragten Postdienstleister
8. Verarbeitung der von der Bundesauswertungsstelle eingehenden Fragebogen-IDs zwecks Kontrolle des Rücklaufs, Durchführung des Erinnerungsverfahrens
9. Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle zu Auswertungszwecken
10. Übermittlung der Anzahl der je Leistungserbringerpseudonym eingegangenen Datensätze und der je Leistungserbringerpseudonym versendeten Fragebögen zur Prüfung der Vollständigkeit an die Bundesauswertungsstelle.

<sup>2</sup>Die Versendestelle muss die Anforderungen des § 299 Absatz 4 SGB V erfüllen. <sup>3</sup>Die übermittelten personenbezogenen Daten gemäß § 14 Absatz 2a und das Leistungserbringerpseudonym sowie die Mapping-Tabellen sind von der Versendestelle zu löschen, wenn sie für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 2 nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch sechs Monate nach erstmaliger Versendung der Fragebögen.

## **§ 12 Zusammenarbeit**

(1) <sup>1</sup>Die in §§ 5, 6 und 8 bis 11a 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. <sup>2</sup>Hierzu 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 11a 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 nach § 14 erfolgt grundsätzlich elektronisch und in elektronisch auswertbarer Form unter Einbeziehung einer Datenannahmestelle und – soweit patientenidentifizierende Daten verarbeitet werden – einer Vertrauensstelle an die Bundesauswertungsstelle. <sup>2</sup>Bei Patientenbefragungen erfolgt abweichend von Satz 1:

1. der Fluss der Daten gemäß § 14 Absatz 2a und 3 elektronisch unter Einbeziehung einer Datenannahmestelle an die Versendestelle
2. die Übermittlung des Fragebogens von der Versendestelle an die Patientinnen und Patienten grundsätzlich postalisch.

(2) <sup>1</sup>Bei Patientenbefragungen erfolgt die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen durch die Patientinnen und Patienten an die Bundesauswertungsstelle. <sup>2</sup>Zur kostenfreien Rücksendung der Fragebögen an die Bundesauswertungsstelle erhalten die Patientinnen und Patienten mit den Befragungsunterlagen einen entsprechend frei gemachten, neutralen an die Bundesauswertungsstelle adressierten Rücksendeumschlag, der keine weiteren Kennzeichnungen haben darf.

(3) <sup>1</sup>Der G-BA legt in den themenspezifischen Bestimmungen jeweils die erforderlichen Daten fest. <sup>2</sup>Er gibt die Softwarespezifikationen für die Erfassung der Daten nach § 14 vor. <sup>3</sup>Dabei kann er sich des Instituts nach § 137a SGB V oder einer anderen Stelle auf Bundesebene bedienen. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Dies sind insbesondere die KBV, die KZBV, die DKG, der GKV-SV, die PKV, die LAGen und Anbieter von Praxis- und Krankenhaussoftware. <sup>6</sup>Das Institut nach § 137a SGB V erstellt und pflegt ein Datenprüfprogramm gemäß § 4 Absatz 4 und macht es öffentlich zugänglich.

(4) <sup>1</sup>Für den konkreten Fluss der Daten bei einzelnen Themen gilt das in der Anlage beschriebene Grundmodell. <sup>2</sup>Weitere Konkretisierungen oder Abweichungen erfolgen in den themenspezifischen Bestimmungen.

### § 14 Arten der Daten

(1) Hinsichtlich der Daten ist zu unterscheiden zwischen patientenidentifizierenden, leistungserbringeridentifizierenden, krankenkassenidentifizierenden Daten, Qualitätssicherungsdaten und administrativen Daten sowie Versendedaten für und Befragungsdaten aus Patientenbefragungen.

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

(2a) Versendedaten für Patientenbefragungen (VD) sind nicht pseudonymisierte personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten (z. B. Name, Wohnanschrift, Geschlecht, behandlungsspezifische Daten), die für die Auswahl der Patientinnen und Patienten und die Versendung der Fragebögen erforderlich sind.

(2b) Befragungsdaten aus Patientenbefragungen (BD) sind die mit einem Fragebogen erhobenen Daten, die mittels einer Fragebogen-ID (FBID) einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer zugeordnet werden können.

(3) Leistungserbringeridentifizierende Daten (LID) 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 (KID) sind Daten, die eine eindeutige Identifikation von Krankenkassen ermöglichen (z. B. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse).

(5) <sup>1</sup>Qualitätssicherungsdaten (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. <sup>2</sup>In der Regel sind sie prospektiv zu erheben. <sup>3</sup>Gemeinsam 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) <sup>1</sup>Administrative Daten (AD) sind Daten, die zur Prüfung auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit geeignet sind sowie weitere, meldebezogene Daten. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Um 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. <sup>2</sup>Diese Aufstellung wird gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form der Datenannahmestelle übermittelt. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Die Übermittlung erfolgt mindestens einmal jährlich, es sei denn ein abweichender Zeitpunkt wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt. <sup>3</sup>Die Datenannahmestelle informiert die Bundesauswertungsstelle über das Nichtvorliegen einer Konformitätserklärung.

(4) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für 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. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Für 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.

(6) <sup>1</sup>Im Fall von Patientenbefragungen übermittelt die Versendestelle an die Bundesauswertungsstelle quartalsweise Informationen zur Anzahl der Datensätze je Leistungserbringerpseudonym, die vollständig und plausibel an die Versendestelle übermittelt bzw. die storniert worden sind. <sup>2</sup>Die Bundesauswertungsstelle gleicht die Informationen auch hinsichtlich einer fristgerechten Übermittlung mit der Aufstellung nach Absatz 5 jährlich ab (Soll-Ist-Abgleich/ Vollzähligkeitsprüfung).

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

(5) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Um 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. <sup>3</sup>Die Aufstellung wird gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form an die Datenannahmestelle und die Bundesauswertungsstelle übermittelt. <sup>4</sup>Die Bestätigung und die Aufstellung sind von einer vertretungsberechtigten Person der Krankenkasse zu unterzeichnen. <sup>5</sup>Die Übermittlung erfolgt mindestens einmal jährlich.

## § 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) <sup>1</sup>Zuständige 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).

<sup>2</sup>Sie tragen jeweils gegenüber dem G-BA die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen. <sup>3</sup>Im 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. <sup>4</sup>Soweit aus rechtlichen Gründen zur Durchführung oder Durchsetzung der Maßnahmen notwendig, wird diese an die zuständige KV/KZV oder an die Krankenkassen übertragen. <sup>5</sup>Die 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) <sup>1</sup>Ergeben 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“). <sup>2</sup>Hierzu gehören neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis der Leistungserbringerin und des Leistungserbringers auch Begehungen. <sup>3</sup>Das Stellungnahmeverfahren erfolgt unter der Verantwortung der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 3 und 4. <sup>4</sup>Das 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. <sup>5</sup>Soweit zur Aufklärung etwaiger Qualitätsmängel, z. B. im Rahmen einer Längsschnittbetrachtung, erforderlich, können der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens auch bei anderen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder den Krankenkassen erhobene personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt werden, soweit diese konkret für das Stellungnahmeverfahren relevant sind. <sup>6</sup>Bei Stellungnahmeverfahren zu Ergebnissen auf Basis von Patientenbefragungen muss die Anonymität der befragten Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben.

(3) <sup>1</sup>Können 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. <sup>2</sup>Primär 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. <sup>3</sup>Als 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) <sup>1</sup>Bestehen 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. <sup>2</sup>Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen. <sup>3</sup>Die 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 Vergütungsabschlüsse oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen.

<sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Bei 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. <sup>2</sup>Bei allen anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erfolgt die Umsetzung im Rahmen der jeweiligen Vertragsbeziehungen.

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

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

(8) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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.

(10) <sup>1</sup>Das Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 Absatz 2 wird bis zum 31. Oktober 2020 ausgesetzt. <sup>2</sup>Abweichend von den Vorgaben in den themenspezifischen Bestimmungen soll das Stellungnahmeverfahren im Jahr 2020 bis zum 31. März 2021 abgeschlossen sein.

## **§ 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

(1) <sup>1</sup>Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erhalten zu den von ihnen übermittelten Daten und im Falle von Patientenbefragungen zu deren Ergebnissen Rückmeldeberichte. <sup>2</sup>Die Bundesauswertungsstelle leitet die nach einheitlichen Vorgaben

erstellten Berichte an die Datenannahmestellen weiter. <sup>3</sup>Die Kenntnisnahme des Inhalts der Berichte durch die Datenannahmestellen ist nicht zulässig. <sup>4</sup>Die jeweilige Datenannahmestelle sendet die Berichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. <sup>5</sup>Es 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) <sup>1</sup>Der Rückmeldebericht soll für die Empfängergruppe gut verständlich aufbereitet sein. <sup>2</sup>Er soll Verläufe und Entwicklungen im betroffenen Verfahren sowohl bezogen auf die jeweilige Leistungserbringerin oder den jeweiligen Leistungserbringer als auch bezogen auf die Vergleichsgruppe ermöglichen. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die LAG übermittelt dem Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. <sup>2</sup>Der Zeitpunkt der Abgabe wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

(2) <sup>1</sup>Die Qualitätssicherungsergebnisberichte sind in einem einheitlichen Berichtsformat, welches themenspezifisch festgelegt wird, zu erstellen. <sup>2</sup>Die 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**

<sup>1</sup>Das Institut nach § 137a SGB V erstellt jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. <sup>2</sup>In 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. <sup>3</sup>Dieser 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

<sup>1</sup>Erfüllt 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. <sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Die der bisher mit der Aufgabe betrauten Stelle oder Organisation für diese Aufgabe gewährte Vergütung ist zurückzufordern. <sup>4</sup>Die Kosten für die ersatzweise Durchführung nach Satz 1 sind von der betroffenen LAG zu tragen.

## § 22 Finanzierung

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Hierzu 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. <sup>3</sup>Das Nähere zur Verwendung der Mittel für die LAG ergibt sich aus dem Haushalt.

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

(3) <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Der G-BA prüft regelmäßig die Wirtschaftlichkeit der LAGen insbesondere durch Vergleiche. <sup>3</sup>Das Ergebnis wird den Trägern der LAG mitgeteilt. <sup>4</sup>Der G-BA legt einheitliche Vorgaben für die Übersichten der entstandenen Kosten nach Absatz 1 Satz 3 sowie die Maßstäbe zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit fest. <sup>5</sup>Er evaluiert seine Regelung zur Finanzierung im Hinblick auf eine wirtschaftliche Umsetzung der Aufgaben durch die LAGen und passt diese gegebenenfalls an.

(4) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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**

<sup>1</sup>Sofern 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. <sup>2</sup>Ohne eine solche vertragliche Bindung ist eine Einbeziehung in die Erfüllung der Aufgaben durch diese Organisationen unzulässig.

## **§ 24 Information der Patientinnen und Patienten**

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Dies umfasst eine Information über die zu erhebenden Daten, die erhebenden und verarbeitenden Stellen sowie die Verwendung der Daten und den weiteren Umgang mit ihnen. <sup>3</sup>Patientinnen und Patienten erhalten auch Hinweise auf patientenrelevante Informationsquellen unter Berücksichtigung von Empfehlungen der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V.

(2) <sup>1</sup>Im Falle einer Patientenbefragung enthalten die Befragungsunterlagen ausführliche Informationen über das Qualitätssicherungsverfahren, die Datenerhebung und insbesondere über die Patientenbefragung. <sup>2</sup>Aus den Befragungsunterlagen geht insbesondere hervor, dass eine Teilnahme freiwillig ist, die Auswertung der Daten anonym erfolgt, welche Maßnahmen zum Datenschutz getroffen werden und bis wann der Fragebogen zum Zwecke der Qualitätssicherung zurückgesendet werden sollte. <sup>3</sup>Die Patientinnen und Patienten werden darauf hingewiesen, ausschließlich den Fragebogen zurückzusenden, ohne weitere personenidentifizierende Angaben hinzuzufügen und ohne das Anschreiben beizulegen. <sup>4</sup>Sie werden weiterhin darüber informiert, dass Fragebögen, die dennoch personenidentifizierende Angaben enthalten oder die nach der Ausschlussfrist eingehen, von der Auswertungsstelle nicht ausgewertet, sondern unmittelbar vernichtet werden.

## **§ 25 Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

<sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Dies 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) <sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Hierbei 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. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die von diesen Gremien erarbeiteten Empfehlungen fließen in die Arbeitsergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V ein. <sup>2</sup>Zu 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.

## **§ 27 Aussetzung der Datenlieferung für das Erfassungsjahr 2020**

Aufgrund der COVID-19-Pandemie werden die drei unterjährigen Datenlieferungen zum 15. Mai, 15. August und 15. November für das Erfassungsjahr 2020 ausgesetzt.

## **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.

(3) <sup>1</sup>Die elektronische Datenübermittlung erfolgt ausschließlich über gesicherte Übertragungskanäle. <sup>2</sup>Dies setzt eine Authentifizierung des Absenders und eine Transportverschlüsselung der Daten voraus.

### **§ 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle**

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Leistungserbringerinnen 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>In der Regel wird zur Patientenidentifikation die lebenslange Krankenversicherungsnummer für Patientinnen und Patienten verwendet.

(2a) Im Falle von Patientenbefragungen sind die Versendedaten der Patientinnen und Patienten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie so zu verschlüsseln, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Versendestelle sie entschlüsseln kann.

(3) <sup>1</sup>Bei 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. <sup>2</sup>Bei 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) <sup>1</sup>Zur 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. <sup>2</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die jeweilige Datenannahmestelle überprüft die an sie fristgerecht gelieferten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit. <sup>2</sup>Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie (KV/KZV) 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. <sup>3</sup>Datenannahmestellen 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. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Die 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. <sup>6</sup>Auf 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 in Form eines Datenflussprotokolls erfolgt durch diese gegebenenfalls eine Korrektur und Ergänzung der Datensätze. <sup>7</sup>Bis 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) <sup>1</sup>Die Datenannahmestelle erzeugt aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils ein Leistungserbringerpseudonym. <sup>2</sup>Für 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. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Abweichend 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. <sup>5</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 6 und Satz 8 der Richtlinie (KV/KZV, 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. <sup>2</sup>Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie (DAS KK) verschlüsselt das Krankenkassen-Pseudonym mit dem öffentlichen Schlüssel der Bundesauswertungsstelle. <sup>3</sup>Alle Datenannahmestellen verschlüsseln das Leistungserbringerpseudonym so, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle es entschlüsseln kann. <sup>4</sup>Sie übermitteln die von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer oder von den Krankenkassen gelieferten, patientenidentifizierenden Daten, die verschlüsselten Qualitätssicherungsdaten, das verschlüsselte Leistungserbringerpseudonym und ggf. das verschlüsselte Krankenkassen-Pseudonym zusammen mit den verschlüsselten Ergebnissen der Prüfung an die Vertrauensstelle. <sup>5</sup>Im Falle von Patientenbefragungen wird abweichend von Satz 3 und Satz 4 der Datensatz mit den Versendeadaten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie und dem Leistungserbringerpseudonym zusammen mit dem Ergebnis der Prüfung nach Absatz 1 an die Versendestelle übermittelt.

#### **§ 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.

#### **§ 4a Verfahren in der Versendestelle**

(1) <sup>1</sup>Die Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie entschlüsselt die Versendeadaten gemäß § 14 Absatz 2a der Richtlinie und prüft sie anhand der EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung oder des Datenprüfprogramms nach Teil 1 § 4 Absatz 4 der Richtlinie auf Plausibilität und Vollständigkeit. <sup>2</sup>Sie übermittelt über die Datenannahmestelle der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer ein Datenflussprotokoll zu den übermittelten Daten mit detaillierten Informationen über die Datenprüfungen.

(2) Die Versendestelle übermittelt der Bundesauswertungsstelle die Mapping-Tabelle gemäß Teil 1 § 11a Absatz 2 Nummer 6, die Informationen nach Teil 1 § 11a Absatz 2 Nummer 10 und die Informationen nach Teil 1 § 15 Absatz 6 der Richtlinie.

#### **§ 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. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 werden die im Rahmen von Patientenbefragungen erhobenen Daten nach Teil 1 § 14 Absätze 2a und 2b der Richtlinie nicht mit den Daten nach Teil 1 § 14 Absätze 2, 5 und 6 der Richtlinie zusammengeführt. <sup>3</sup>Die Befragungsdaten werden anhand der Mapping-Tabelle einem Leistungserbringerpseudonym zugeordnet.

(2a) <sup>1</sup>Im Falle von Patientenbefragungen meldet die Bundesauswertungsstelle zur Kontrolle des Rücklaufs die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle

zurück. <sup>2</sup>Dort findet der automatisierte Abgleich mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen statt.

(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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt die Daten zur weiteren Nutzung nach dieser Richtlinie so zur Verfügung, dass das Patientenpseudonym nach § 4 durch ein Ersatzpseudonym ersetzt wird. <sup>2</sup>Für 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Das Nähere dazu wird in den themenspezifischen Bestimmungen geregelt. <sup>3</sup>Zusätzlich 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. <sup>4</sup>Dazu 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.

## Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

### Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

#### § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

(3) <sup>1</sup>Das Verfahren soll die qualitätsrelevanten Aspekte im Bereich von

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

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

<sup>3</sup>Daraus 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.

<sup>4</sup>Im 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) <sup>1</sup>Zur Beurteilung des Indexeingriffs werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Dies sind im Einzelnen unerwünschte schwerwiegende kardiale oder zerebrovaskuläre Ereignisse (MACCE) und Sterblichkeit.

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

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

(6) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 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. <sup>4</sup>Erfolgt 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

<sup>1</sup>Es 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. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. <sup>4</sup>Folglich 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) <sup>1</sup>Für 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.

<sup>2</sup>Die jeweiligen Daten sind der **Anlage II** zu entnehmen. <sup>3</sup>Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringer Gültigkeit. <sup>2</sup>Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. <sup>4</sup>Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. <sup>5</sup>Änderungen 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**

<sup>1</sup>Es 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.

<sup>2</sup>Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8. <sup>3</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Einen 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. <sup>2</sup>Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

(2) <sup>1</sup>Die 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.

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

## § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) <sup>1</sup>Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. <sup>2</sup>Es kann mehrstufig sein. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Das 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. <sup>5</sup>Die Fachkommission schlägt der Landesarbeitsgemeinschaft ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>6</sup>Folgt die Landesarbeitsgemeinschaft den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. <sup>7</sup>Konnten die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaft den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. <sup>8</sup>Über 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) <sup>1</sup>Bei dem Indikator 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI) hat die Fachkommission bei ihrer Empfehlung an die Landesarbeitsgemeinschaft die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Das Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 2 der Richtlinie ist daher in dieser Form nicht umsetzbar. <sup>3</sup>Das 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

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

(3) <sup>1</sup>Stimmberechtigte 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. <sup>2</sup>Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein. <sup>3</sup>Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen. <sup>4</sup>Darüber hinaus soll die Fachkommission mit mindestens einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen als Mitglied besetzt sein. <sup>5</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. <sup>6</sup>Die 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. <sup>7</sup>Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. <sup>8</sup>Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Herzkranzgefäße.

(4) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Zur 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>3</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens

bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>6</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vorvorjahres beziehen. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. <sup>2</sup>Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen der Follow-up-Indikatoren, die sich auf einen Indexeingriff des Vorvorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

## § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

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

## § 19 Übergangsregelung

<sup>1</sup>Diese 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. <sup>2</sup>Die 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 <sup>2</sup>
Indikator-ID	56005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy*cm <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>
Indikator-ID	56006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy*cm <sup>2</sup> 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 <sup>2</sup>
Indikator-ID	56007
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy*cm <sup>2</sup> 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 der 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 <sup>1</sup>	X			X
13	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	X			
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>5</sup>	X	X	X	X
23	Geburtsjahr <sup>6</sup>	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"> <li>• Körpergröße</li> <li>• Körpergröße unbekannt</li> </ul>		X	X	
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpergewicht</li> <li>• Körpergewicht unbekannt</li> </ul>		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) <sup>7</sup>	X		X	
42	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X

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

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

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

<sup>7</sup> 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) <sup>8</sup>	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"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> <li>• Kreatininwert i.S. unbekannt</li> </ul>		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"> <li>• koronarer Verschluss</li> <li>• TIA/Schlaganfall</li> <li>• Exitus im Herzkatheterlabor</li> <li>• sonstige</li> </ul>		X	X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie]				X
66	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie]	X			X

<sup>8</sup> 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] <sup>9</sup>	X		X	
73	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter		X	X	
74	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [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"> <li>• PCI an Hauptstamm</li> <li>• PCI an LAD</li> <li>• PCI an RCX</li> <li>• PCI an RCA</li> </ul>		X	X	
84	PCI mit besonderen Merkmalen			X	X
85	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCI am kompletten Gefäßverschluss</li> <li>• PCI eines Koronarbypasses</li> </ul>		X	X	

<sup>9</sup> 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"> <li>• PCI am ungeschützten Hauptstamm</li> <li>• PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA</li> <li>• PCI am letzten verbliebenen Gefäß</li> <li>• PCI an einer In-Stent-Stenose</li> <li>• sonstige</li> </ul>				
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
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X		
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/Verletzung, 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 ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundär Diagnosen 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) <sup>4</sup>	Inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
17	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
18	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	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 <sup>7</sup>	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 <sup>8</sup>	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			

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

<sup>8</sup> Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn sich meine 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
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
30	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
31	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
32	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	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	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	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	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
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.) <sup>12</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
46	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§ 300 (Apotheken)</b>						
47	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>13</sup>	source(300)@quelle				X
48	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>14</sup>	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X
49	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>15</sup>	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X

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

<sup>13</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die 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@pznhimsonder			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	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>16</sup>	source(295s)@quelle				X
57	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	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 <sup>18</sup>	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) <sup>19</sup>	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 <sup>20</sup>	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.Operationschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X	
69	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X
<b>Administrative Daten</b>						
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) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens ist die Vermeidung postoperativer Wundinfektionen. <sup>2</sup>Das Verfahren soll insbesondere fachgebietsübergreifend die Qualität der Maßnahmen ambulanter und stationärer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen messen, vergleichend darstellen und bewerten. <sup>3</sup>Dazu werden fallbezogen postoperative Wundinfektionsraten und einrichtungsbezogen das Hygiene- und Infektionsmanagement sowie der Händedesinfektionsmittelverbrauch betrachtet. <sup>4</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. <sup>5</sup>Zur 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. <sup>6</sup>Die maßgeblichen Operationen sind in der Spezifikation nach § 5 Absatz 2 in Form von OPS-Kodes aufgelistet. <sup>7</sup>Als 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) <sup>1</sup>Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“. <sup>2</sup>Das Verfahren wird nachfolgend „QS WI“ genannt.

(5) <sup>1</sup>Das Verfahren hat insbesondere folgende Ziele:

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

c) Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.

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

## § 2 Eckpunkte

(1) <sup>1</sup>Unter 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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. <sup>2</sup>Zur 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) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Erfolgt 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) <sup>1</sup>Die Wundinfektionsraten für Operationen nach § 1 Absatz 1 und 2 werden mit Hilfe der nachfolgend definierten Daten berechnet.

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

b) <sup>1</sup>Der Zähler der Wundinfektionsraten bezeichnet alle im Rahmen der Nachbeobachtung bei stationärer Behandlung festgestellten Wundinfektionen. <sup>2</sup>Zur 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. <sup>3</sup>Hierzu werden Sozialdaten bei den Krankenkassen (**Anlage II Buchstabe b**) genutzt. <sup>4</sup>Zu diesen potenziellen postoperativen Wundinfektionen sind die Krankenhäuser verpflichtet, Daten zu erheben und zu übermitteln (**Anlage II Buchstabe c**). <sup>5</sup>Bei diesen Daten werden

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

<sup>2</sup>Das 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. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da die durch die Wundinfektionsindikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Orts ihrer Behandlung nicht vorhersehbar sind. <sup>4</sup>Folglich 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>In 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) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

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

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

(2) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Krankenhäuser 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. <sup>2</sup>Gleiches gilt für die Erfüllung der Dokumentationspflicht ermächtigter Ärzte. <sup>3</sup>§ 12 Absatz 2 bleibt unberührt.

## § 6 Datenflussverfahren

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Abweichend 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei (durch das Angebot einer Anwendung zur Datenerfassung und -übermittlung) unterstützen. <sup>3</sup>Das Verfahren nach Teil 1 § 13 Absatz 2 Satz 6 der Richtlinie kommt für die Einrichtungsbefragung des Verfahrens QS WI nicht zur Anwendung. <sup>4</sup>Sofern 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) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche der in **Anlage I Buchstabe a und b** aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. <sup>2</sup>Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. <sup>4</sup>Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. <sup>5</sup>Änderungen 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) <sup>1</sup>Es 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).

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

- (2) <sup>1</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Einen 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. <sup>2</sup>Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. <sup>3</sup>Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

(2) <sup>1</sup>Die 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.

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

#### **§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten**

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

kooperierenden Krankenhaus in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen. <sup>5</sup>Dafür 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) <sup>1</sup>Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. <sup>2</sup>Es kann mehrstufig sein. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird durch die Fachkommissionen bewertet. <sup>5</sup>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. <sup>6</sup>Die Fachkommission schlägt der Landesarbeitsgemeinschaft ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>7</sup>Folgt die Landesarbeitsgemeinschaft den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. <sup>8</sup>Konnten die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaft den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. <sup>9</sup>Über 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

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

(3) <sup>1</sup>Als 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.

<sup>2</sup>Die 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. <sup>3</sup>Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

(4) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Zur 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>3</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>6</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin 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. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Februar, 1. Mai, 1. August und 1. November zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaft übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. <sup>2</sup>Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin 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**

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

## **§ 19 Begleitende Erprobung**

(1) <sup>1</sup>Für einen Zeitraum von fünf Jahren wird das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren QS WI begleitend erprobt. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Für den Zeitraum der Erprobung gelten in § 12 Absatz 3 Satz 5 bis 7 und Absatz 5 nicht. <sup>2</sup>Werden 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. <sup>3</sup>Das Stellungnahmeverfahren soll vorrangig der begleitenden Erprobung nach Absatz 2 dienen und selbst Gegenstand der Erprobung sein.

(5) <sup>1</sup>Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. <sup>2</sup>Die Bewertungen der Fachkommissionen im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 12 dienen vorrangig der Überprüfung der in Absatz 2 genannten Ziele. <sup>3</sup>Das 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) <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Sofern 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) <sup>1</sup>Diese 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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation gemäß § 3 Absatz 2 für Belegärzte wird für die Erfassungsjahre 2018 bis 2020 ausgesetzt. <sup>2</sup>Das Stellungnahmeverfahren auf Grundlage der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wird für diese Zeit gemeinsam für Krankenhäuser und deren jeweilige Belegärzte durchgeführt. <sup>3</sup>Der 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

<b>1</b>		<b>Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen</b>
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	
<b>2</b>		<b>Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)</b>
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	
<b>3</b>		<b>Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)</b>
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	
<b>4</b>		<b>Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)</b>
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	
<b>5</b>		<b>Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen)</b>
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	
<b>6</b>		<b>Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen</b>
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	
<b>7</b>		<b>Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen)</b>
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
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	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	

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die 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.NDGNebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	
14	Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDGNebendiagnose.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.NDGNebendiagnose.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	
16	Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDGNebendiagnose.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	

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
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) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	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 <sup>7</sup>	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 <sup>8</sup>	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		
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X

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

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

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

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 <sup>11</sup>	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) <sup>12</sup>	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>	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	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>	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) <sup>15</sup>	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 <sup>16</sup>	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			

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
62	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>17</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X
63	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>18</sup>	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X
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	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
71	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
72	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
73	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X	X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	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.) <sup>19</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
75	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>Administrative Daten</b>						
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

<sup>19</sup> 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
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X	X	
5	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 Fall-identifikation	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 Fallidentifikation	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) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
22	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X

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

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
23	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	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 <sup>7</sup>	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	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die 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 <sup>8</sup>	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
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
38	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
39	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
40	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	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 Fallidentifikation	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) <sup>12</sup>	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X
53	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR <sup>13</sup>	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	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	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	
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
56	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>14</sup>	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) <sup>15</sup>	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 <sup>16</sup>	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) <sup>17</sup>	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 <sup>18</sup>	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			

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	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.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	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
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.) <sup>19</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>Administrative Daten</b>						
77	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	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 <sup>1</sup> (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 <sup>2</sup>	X		X	X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>3</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>4</sup>	X	X		X
12	Institutionskennzeichen	X			X
13	entlassender Standort				X
14	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
15	Quartal des Aufnahmetages <sup>5</sup>	X		X	X
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>6</sup>	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 <sup>1</sup> (Bezeichnung)	1	2	3	4
		Daten für die Fall-identifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
17	Geburtsjahr <sup>7</sup>	X		X	
18	Geschlecht	X		X	
19	auslösende ICD-Kodes <sup>8</sup>	X			
20	auslösende OPS-Kodes <sup>9</sup>	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 Einrichtungs-identifikation	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

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

<sup>8</sup> Diese Information wird über die vorliegenden ICD-Kodes ermittelt.

<sup>9</sup> 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 <sup>1</sup>	X	X	X
14	lebenslange Arztnummer <sup>2</sup>	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 Antibiotikaphylaxe?		X	X
22	Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaphylaxe 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 Wundauflage 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 Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene 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 Verbandwechsels 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 Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	Technische und anwendungs-bezogene 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 Einrichtungs-identifikation	Datenfelder für die Indikatorbe-rechnung	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 (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 <sup>1</sup>	X	X	X
16	lebenslange Arztnummer <sup>2</sup>	X		

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

<sup>2</sup> 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 Klingengerasierer?		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 Wundaufgabe 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 Verbandwechsels 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) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens sind Cholezystektomien (Gallenblasenentfernungen) bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. <sup>2</sup>Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) <sup>1</sup>Das 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. <sup>2</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in Anlage I aufgeführt. <sup>3</sup>Daraus 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.

<sup>4</sup>Im 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) <sup>1</sup>Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Dies sind im Einzelnen operationsbedingte Gallenwegskomplikationen, Reinterventionen aufgrund von Komplikationen, eingriffsspezifische Infektionen, interventionsbedürftige Blutungen, weitere postoperative Komplikationen sowie die Sterblichkeit.

(4) <sup>1</sup>Das Verfahren zur Bewertung der Cholezystektomien wird länderbezogen durchgeführt. <sup>2</sup>Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden. <sup>3</sup>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) <sup>1</sup>Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. <sup>2</sup>Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Eingriff.

(6) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 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. <sup>4</sup>Erfolgt 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**

<sup>1</sup>Es 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. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. <sup>4</sup>Folglich 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) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

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

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

(2) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. <sup>2</sup>Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. <sup>4</sup>Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. <sup>5</sup>Änderungen 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**

<sup>1</sup>Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

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

<sup>2</sup>Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8. <sup>3</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) <sup>1</sup>Die 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.

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

## § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) <sup>1</sup>Die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen werden von den Fachkommissionen nach § 14 im Auftrag der LAGen bewertet. <sup>2</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. <sup>2</sup>Es kann mehrstufig sein. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Das 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. <sup>5</sup>Die Fachkommission schlägt der LAG ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>6</sup>Folgt die LAG den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. <sup>7</sup>Konnten die Auffälligkeiten hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der LAG den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. <sup>8</sup>Über 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

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

(3) <sup>1</sup>Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Allgemein- oder Viszeralchirurgie. <sup>2</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

(4) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Zur 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>3</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>6</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin 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. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin 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**

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

## Anlage I: Indikatorenliste QS CHE

<b>1</b>		<b>Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen</b>
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	
<b>2</b>		<b>Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen</b>
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	
<b>3</b>		<b>Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen</b>
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	
<b>4</b>		<b>Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen</b>
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	
<b>5</b>		<b>Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen</b>
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	
<b>6</b>		<b>Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres</b>
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	
<b>7</b>		<b>Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen</b>
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 Exportfelder<sup>1</sup> 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 <sup>2</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>3</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>4</sup>	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 <sup>5</sup>	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>6</sup>			X	X

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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 <sup>7</sup>			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 <sup>8</sup>	X		X	X
34	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen <sup>9</sup>	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
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
1	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	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			

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	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.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X	
12	Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.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	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
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
<b>Administrative Daten</b>						
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) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens sind Dialysen und Nierentransplantationen sowie Pankreastransplantationen bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. <sup>2</sup>Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexbehandlung“ bezeichnet. <sup>3</sup>Zudem werden bei den Nieren- und Pankreastransplantationen auch Daten nicht gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten einbezogen.

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

(3) <sup>1</sup>Das 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.

<sup>2</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. <sup>3</sup>Daraus 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.

<sup>4</sup>Im 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) <sup>1</sup>Zur Beurteilung der Indexbehandlungen werden auch die mit diesen assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Diese 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) <sup>1</sup>Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 Absatz 1 länderübergreifend vorgenommen werden. <sup>2</sup>Insbesondere 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) <sup>1</sup>Um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Indexbehandlungen zu erreichen, erfolgt mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse und durchgeführten Maßnahmen von Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren. <sup>2</sup>Um dies zu erreichen, werden die Fachkommissionen auf Bundes- und Landesebene interdisziplinär mit Nephrologen und Transplantationschirurgen besetzt. <sup>3</sup>Es wird darüber hinaus ein sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene mit Vertretern der Fachkommissionen von Bundes- und Landesebene gebildet (siehe § 15).

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

(8) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 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. <sup>4</sup>Erfolgt 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**

<sup>1</sup>Es 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. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. <sup>3</sup>Dies 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. <sup>4</sup>Folglich 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) <sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a bis e festgelegt. <sup>3</sup>Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie.

(2) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Bei 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. <sup>2</sup>Das 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. <sup>3</sup>Wird 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) <sup>1</sup>Wenn 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. <sup>2</sup>Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die

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

(6) <sup>1</sup>Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. <sup>2</sup>Die zur Risikoadjustierung für Indexbehandlungen aus dem Jahr 2020 erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenkassen können aus dem Jahr 2019 genutzt werden. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. <sup>2</sup>Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. <sup>4</sup>Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. <sup>5</sup>Änderungen 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**

<sup>1</sup>Auf Grundlage der Daten nach § 5 Absatz 1 erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach § 8. <sup>2</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Einen 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. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Dialysen und bundesbezogene Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplantationen. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (z. B. pdf-Format) vorliegen. <sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Sie werden bis zum 30. Juni zur Verfügung gestellt.

## § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

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

(4) <sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Das 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. <sup>3</sup>Die Fachkommission schlägt der LAG ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>4</sup>Folgt die LAG den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach Teil 1 § 19 der Richtlinie zu berichten. <sup>5</sup>Konnten 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. <sup>6</sup>Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die LAG die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

(5) <sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen. <sup>3</sup>Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wird gemeinsam durch die zuständige Bundesfachkommission und das Institut nach § 137a SGB V bewertet. <sup>4</sup>Sofern die Auffälligkeit im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden kann, wird

dieses abgeschlossen und die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer entsprechend informiert. <sup>5</sup>Das Institut nach § 137a SGB V informiert die Bundesstelle über die laufenden Stellungnahmeverfahren und ihre Ergebnisse. <sup>6</sup>Können 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. <sup>7</sup>Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>8</sup>Folgt 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) <sup>1</sup>Bei 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. <sup>2</sup>Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4 der Richtlinie sind daher nur bei Zuschreibbarkeit der in Satz 1 genannten Tatbestände anzuwenden. <sup>3</sup>Das 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die Einrichtung länderübergreifender Fachkommissionen kann insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land zur Anwendung kommen.

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

(3) <sup>1</sup>Stimmberechtigte 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. <sup>2</sup>Mindestens drei der Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser müssen Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sein. <sup>3</sup>Darüber hinaus sollte

die Fachkommission mit mindestens einer Chirurgin oder einem Chirurgen, die oder der Nierentransplantationen durchführt, als beratendes Mitglied besetzt sein. <sup>4</sup>Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. <sup>5</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. <sup>6</sup>Die 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. <sup>7</sup>Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

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

(3) <sup>1</sup>Stimmberechtigte 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. <sup>2</sup>Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Nierentransplantationen durchführen. <sup>3</sup>Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Pankreastransplantationen durchführen. <sup>4</sup>Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten. <sup>5</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. <sup>6</sup>Die 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. <sup>7</sup>Im 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) <sup>1</sup>Das Institut nach § 137a SGB V richtet ein sektorenübergreifendes Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. <sup>2</sup>Insbesondere 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) <sup>1</sup>Das Expertengremium umfasst mindestens fünf Vertreter aus den Fachkommissionen nach § 14 und mindestens fünf Vertreter aus der Bundesfachkommission nach § 14a. <sup>2</sup>Auf eine diesbezüglich ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums ist zu achten. <sup>3</sup>Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

## **§ 16 Datenlieferfristen**

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>3</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>6</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin 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. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

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

berichtet werden. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin 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**

<sup>1</sup>Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Buchstabe b der Richtlinie aus. <sup>2</sup>Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des zweiten Erfassungsjahres des Verfahrens Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. <sup>3</sup>Für 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

<b>1</b>		<b>Aufklärung über Behandlungsoptionen</b>
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	
<b>2</b>		<b>Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt</b>
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	
<b>3</b>		<b>Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung</b>
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	
<b>4</b>		<b>Katheterzugang bei Hämodialyse</b>
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	
<b>5</b>		<b>Dialysefrequenz pro Woche</b>
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	
<b>6</b>		<b>Dialysedauer pro Woche</b>
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	
<b>7</b>		<b>Ernährungsstatus</b>
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 postmortalen 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 postmortalen 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	Zähler: Transplantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient im Krankenhaus verstarb Nenner: Die jeweils ersten Pankreastransplantationen aller Aufenthalte im Erfassungsjahr oder im Erfassungsjahr -1
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 1 Jahr nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -2 oder im Erfassungsjahr -1 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
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	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 1 Jahr nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben 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
Qualitätsziel	Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patienten, die 2 Jahre nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -3 oder im Erfassungsjahr -2 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
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	Zähler: Patientinnen und Patienten, für die 2 Jahre nach der Transplantation die Information vorliegt, dass sie leben 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
Qualitätsziel	Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
Indikator-ID	QI-ID FOLGT
Beschreibung	Zähler: Patientinnen und Patienten, die 3 Jahre nach der Transplantation leben Nenner: Alle Patientinnen und Patienten mit Pankreastransplantation im Erfassungsjahr -4 oder im Erfassungsjahr -3 ohne Retransplantation in den Folgejahren mit bekanntem Follow-up-Status
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
<b>8</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung</b>
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
<b>9</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)</b>
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
<b>10</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)</b>
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
<b>11</b>	<b>Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)</b>
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
<b>12</b>	<b>Entfernung des Pankreastransplantats</b>
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 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	Status des Leistungserbringers	X		X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <sup>1</sup>	X			X
12	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	X			X
22	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>5</sup>		X	X	X
23	Geburtsjahr <sup>6</sup>	X	X	X	X
24	Geschlecht	X	X	X	
25	Therapiestatus			X	X
26	Beginn der Dialysetherapie (Datum der	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
	Erstdialyse)				
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"> <li>• mechanische Komplikation</li> <li>• Infektion</li> <li>• sonstige Komplikation</li> </ul>		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 <sup>7</sup>	X		X	X
43	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				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	
54	Nachtdialyse		X	X	
55	Nierentransplantation		X	X	X

<sup>7</sup> 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
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"> <li>• Prozedurenschlüssel</li> <li>• Gebührenordnungsposition (GOP)</li> </ul>	X			
85	Dialyседatum	X	X		
86	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (Dialyse) <sup>8</sup>		X	X	
87	Zugangsart		X	X	

<sup>8</sup> In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialyседatum“ 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 Basisauswertung	Technische und anwendungs-bezogene Gründe
88	effektive Dialysedauer		X	X	
89	Körpergewicht nach der Dialysebehandlung		X	X	
90	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + 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
<b>Administrative Daten</b>						
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
<b>§284 (Stammdaten)</b>						
3	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
4	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
5	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	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
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.) <sup>1</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
8	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§301 (Krankenhäuser)</b>						
9	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>2</sup>	source(301)@quelle				X
10	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	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 der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetermin@aufndatum	X	X		
15	Letzter Entlassungstermin des Falles, an dem der	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der	X	X		

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

<sup>2</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	Entlassung/Verlegung@entldatum				
16	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entgrund		X	X	
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>5</sup>	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 ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ssek	X	X	X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	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	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_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.Operationstag@datum	X	X		
§295 (kollektivvertraglich)						
25	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>6</sup>	source(295k)@quelle				X
26	Art der	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X

<sup>6</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>7</sup>					
27	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>8</sup>	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 Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X	

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	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 Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X		
48	Liste der Prozeduren eines	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operations	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
	Falles gemäß Spezifikation	schlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops				
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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	X	X		X
12	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>4</sup>	X			X
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>5</sup>	X			X
14	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten				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“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und der „Besondere Personenkreis“ werden nicht exportiert.
- 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)
- 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)

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
	(einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?				
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 <sup>6</sup>	X		X	X
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>7</sup>		X	X	
22	Geburtsjahr <sup>8</sup>	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"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> </ul>		X	X	
34	Patient bei Entlassung insulinfrei?		X	X	
35	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
36	Quartal des Entlassungstages <sup>9</sup>	X			X
37	Entlassungsdiagnose(n) <sup>10</sup>	X	X	X	
38	Entlassungsgrund	X	X		X
39	Todesursache		X	X	
40	Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
41	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X

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 Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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"> <li>Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> </ul>			X	
55	Todesursache		X	X	
56	OP-Datum	X	X		
57	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen <sup>11</sup>	X	X	X	
58	Monat der Operation <sup>12</sup>	X	X		
59	Operation <sup>13</sup>	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-Klassifikation		X		
69	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blutung</li> <li>Reoperation erforderlich</li> <li>sonstige schwere Komplikation</li> </ul>		X	X	
70	Entnahme des Pankreastransplantats		X	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 Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	erforderlich				
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 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	X	X		X
12	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>4</sup>	X	X		X
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>5</sup>			X	
14	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung				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 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.

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).

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
	personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? <sup>6</sup>				
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 <sup>7</sup>	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 <sup>8</sup>	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 <sup>9</sup>		X		
29	Monat des Todesdatums <sup>10</sup>				X
30	Todesdatum		X		
31	Todesursache		X	X	
32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation</li> <li>• unbekannt, ob Komplikation vorliegt</li> </ul>		X	X	
33	Transplantatversagen Niere		X	X	X
34	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplantation in Tagen <sup>11</sup>		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 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.

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.

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
35	Monat des Transplantatversagens <sup>12</sup>				X
36	Datum Transplantatversagen Niere		X		
37	Ursache Transplantatversagen Niere		X	X	
38	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> <li>Kreatininwert i.S. unbekannt</li> </ul>		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 anwendungs-bezogene Gründe
<b>Administrative Daten</b>						
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
<b>§284 (Stammdaten)</b>						
3	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X		
4	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X	
5	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X	
6	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X		

<sup>12</sup> 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
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.) <sup>1</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
8	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§301 (Krankenhäuser)</b>						
9	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>2</sup>	source(301)@quelle				X
10	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	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 Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X			
15	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X			

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

<sup>2</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)					
16	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X	
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) <sup>5</sup>	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 ('+', '*', '#', '!', '!', '-'); 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_ssek	X		X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikatorberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens sind
- Lebertransplantationen
  - Leberlebendspenden
  - Lungentransplantationen
  - Herz-Lungen-Transplantationen
  - Herztransplantationen
  - Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsthernen
  - Nierenlebendspenden.

<sup>2</sup>Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

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

- Indikationsstellung bei der Implantation von Herzunterstützungssystemen
- Erreichen von Behandlungszielen
- Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- Überleben der Patientinnen und Patienten.

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

- Verbesserung der Indikationsstellung bei Herzunterstützungssystemen
- Verbesserung der Durchführung der Eingriffe
- Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen
- Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- Verringerung von Folgeerkrankungen.

<sup>4</sup>Im 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) <sup>1</sup>Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch mit ihm assoziierte Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Dies sind insbesondere das Überleben sowie bestimmte Komplikationen des Indexeingriffs bei Organtransplantierten und Lebendspendern.
- (3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.
- (4) <sup>1</sup>Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. <sup>2</sup>Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist für die im jeweiligen Kalenderjahr durchgeführten Indexeingriffe das Datum der Entlassung nach dem Eingriff.

(5) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 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

<sup>1</sup>Es 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. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. <sup>3</sup>Dies 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. <sup>4</sup>Folglich 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) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen erhoben, verarbeitet und genutzt. <sup>2</sup>Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. <sup>3</sup>Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. <sup>4</sup>Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. <sup>5</sup>Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2022.

(2) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Bei 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. <sup>2</sup>Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. <sup>3</sup>Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II ohne patientenidentifizierende Daten verarbeitet.

(5) <sup>1</sup>Wenn 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. <sup>2</sup>Die ET-Nummer wird in diesem Fall bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer so verschlüsselt, dass nur die Vertrauensstelle des Transplantationsregisters sie lesen kann. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. <sup>2</sup>Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 13 entwickelt.

(2) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu

veröffentlichen. <sup>4</sup>Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. <sup>5</sup>Änderungen 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**

<sup>1</sup>Es 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.

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

<sup>3</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. <sup>2</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für das Verfahren QS TX. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) <sup>1</sup>Die 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.

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

### § 11 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

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

(3) <sup>1</sup>Können 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein

geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>3</sup>Folgt 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>In der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und b. <sup>3</sup>In der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c bis f. <sup>4</sup>In der Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe g.

(2) <sup>1</sup>Die Bundesstelle benennt die Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. <sup>2</sup>Wiederbenennungen 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) <sup>1</sup>In Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten bis zu zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates ein Mitberatungsrecht. <sup>2</sup>In 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. <sup>3</sup>Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. <sup>4</sup>Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit den Erkrankungen, aufgrund derer die jeweiligen Organtransplantationen durchgeführt werden.

(8) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Darüber 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. <sup>3</sup>Das Institut nach § 137a SGB V kann für Aufgaben nach Teil 1 § 26 weitere Experten für spezifische Fragestellungen hinzuziehen.

## § 14 Datenlieferfristen

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>3</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>6</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin 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. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin 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**

<sup>1</sup>Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Buchstabe b der Richtlinie aus. <sup>2</sup>Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des ersten Erfassungsjahres Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. <sup>3</sup>Für 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
<b>7</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)</b>
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

<b>1</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
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
<b>2</b>	<b>1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
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
<b>3</b>	<b>1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)</b>
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
<b>4</b>	<b>2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
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
<b>5</b>	<b>2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)</b>
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
<b>6</b>	<b>3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status</b>
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/Kunsthernen

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
Indikatorotyp	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
Indikatorotyp	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
Indikatorotyp	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
Indikatorotyp	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
Indikatorotyp	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
Indikatorotyp	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
Indikatorotyp	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 Dokumentationssystem s (Ländercode + 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X
13	Institutionskennzeichen	X			X
14	entlassender Standort	X	X	X	X

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 <sup>4</sup>		X	X	X
18	Monat des Aufnahmetages <sup>5</sup>	X			X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>6</sup>	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>7</sup>			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

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

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

<sup>6</sup> 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).

<sup>7</sup> 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).

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	Geburtsjahr <sup>8</sup>	X	X	X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße		X	X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X	
29	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen <sup>9</sup>	X		X	X
30	Monat des Entlassungstages <sup>10</sup>	X	X	X	X
31	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
32	Entlassungsdiagnose(n) <sup>11</sup>	X		X	
33	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X	
34	Entlassungsgrund	X	X	X	X
35	Todesursache			X	
36	Registriernummer des Dokumentationssystem s (Ländercode + Registriercode) [Transplantation]				X
37	Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation]	X			X
38	Vorgangsnummer, GUID [Transplantation]	X			X
39	Versionsnummer [Transplantation]				X
40	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X
41	Zentrumsangebot		X	X	
42	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X	
43	• Bilirubin i. S. in mg/dl		X		

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

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
	• Bilirubin i. S. in µmol/l				
44	• Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l		X		
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 <sup>12</sup>	X	X	X	X
55	Monat der Operation <sup>13</sup>	X	X	X	X
56	OP-Datum	X	X		
57	Operation <sup>14</sup>	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	

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

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

<sup>14</sup> 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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			

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 <sup>4</sup>	X	X		X
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>5</sup>			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? <sup>6</sup>				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 <sup>7</sup>	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der letzten Transplantation <sup>8</sup>	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 <sup>9</sup>	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum <sup>10</sup>	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 <sup>11</sup>		X		X
32	Monat des Todesdatums <sup>12</sup>				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"> <li>• Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation</li> <li>• unbekannt, ob Komplikation vorliegt</li> </ul>		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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>			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 <sup>5</sup>	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X			
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>6</sup>	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>7</sup>			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 <sup>8</sup>	X	X	X	X
26	Geschlecht	X	X	X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen <sup>9</sup>	X	X	X	X
30	Monat der Operation <sup>10</sup>	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 <sup>11</sup>	X		X	
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segment I</li> <li>• Segment II</li> <li>• Segment III</li> <li>• Segment IV</li> <li>• Segment V</li> <li>• Segment VI</li> <li>• Segment VII</li> <li>• Segment VIII</li> </ul>		X	X	
34	Gewicht entnommene Leber			X	
35	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	X
36	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutung</li> <li>• Gallenwegskomplikation</li> <li>• sekundäre Wundheilung</li> <li>• Ileus</li> <li>• akutes Leberversagen</li> <li>• Thrombose</li> <li>• Lungenembolie</li> <li>• Pneumonie</li> <li>• sonstige Komplikationen</li> </ul>		X	X	
37	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich		X	X	X
38	Dominotransplantation		X	X	
39	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen <sup>12</sup>	X		X	X
40	Monat des Entlassungstages <sup>13</sup>	X		X	X
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
42	Entlassungsdiagnose(n) <sup>14</sup>	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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	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 „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 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 <sup>5</sup>			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? <sup>6</sup>				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 <sup>7</sup>	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der Lebendspende <sup>8</sup>	X			X
24	Datum der Leberlebendspende	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen <sup>9</sup>	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum <sup>10</sup>	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 <sup>11</sup>				X
32	Todesdatum		X		
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende <sup>12</sup>		X		X
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilirubin i. S. in mg/dl</li> <li>• Bilirubin i. S. in µmol/l</li> <li>• Bilirubin i. S. unbekannt</li> </ul>		X		
35	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gamma-GT</li> <li>• Gamma-GT unbekannt</li> </ul>		X		
36	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation</li> <li>• unbekannt, ob Komplikation vorliegt</li> </ul>		X	X	X
37	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gallenwegskomplikationen</li> <li>• Narbenhernie</li> <li>• leberbezogene Komplikationen</li> <li>• intraabdominelle Komplikationen</li> <li>• sonstige eingriffsspezifische Komplikationen</li> </ul>			X	
38	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich				X
39	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen) <sup>13</sup>		X		X
40	Monat der letzten Transplantation des Spenders <sup>14</sup>	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 (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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>			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 <sup>5</sup>	X		X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X			
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>6</sup>	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>7</sup>			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 <sup>8</sup>	X		X	
26	Geschlecht	X		X	
27	Körpergröße			X	
28	Körpergewicht bei Aufnahme			X	
29	Grunderkrankung		X	X	
30	Blutgruppe [Basisdaten Empfänger]		X	X	

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

<sup>6</sup> 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)

<sup>7</sup> 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)

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

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"> <li>• FEV1 (prädiktiver Wert in %)</li> <li>• FEV1-Messung nicht möglich</li> </ul>		X	X	
40	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen <sup>9</sup>	X	X	X	X
41	Monat des Entlassungstages <sup>10</sup>	X	X	X	X
42	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
43	Entlassungsdiagnose(n) <sup>11</sup>	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	Wievielte 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 <sup>12</sup>	X	X	X	X
69	Monat der Operation <sup>13</sup>	X	X	X	X
70	Datum der Transplantation	X	X		
71	Operation <sup>14</sup>	X		X	
72	Abbruch der Transplantation			X	
73	Retransplantation				X
74	Monat der letzten Transplantation <sup>15</sup>	X		X	X
75	Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation in Tagen <sup>16</sup>			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	

<sup>12</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum der Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>13</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

<sup>15</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>16</sup> 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 + 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	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 „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 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 <sup>5</sup>			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? <sup>6</sup>				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 <sup>7</sup>	X	X	X	X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der letzten Transplantation <sup>8</sup>	X			X
24	Datum der letzten Transplantation	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen <sup>9</sup>	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum <sup>10</sup>	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 <sup>11</sup>		X		X
32	Monat des Todesdatums <sup>12</sup>				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

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

<sup>12</sup> 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	X	X		X
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. <sup>4</sup>				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 <sup>5</sup>			X	X
18	Monat des Aufnahmetages <sup>6</sup>	X	X	X	X
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X		
20	Fachabteilung	X		X	
21	Geburtsjahr <sup>7</sup>	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"> <li>• Herztransplantation</li> <li>• Assist Device/TAH</li> <li>• Koronarchirurgie</li> <li>• Klappenchirurgie</li> <li>• Korrektur angeborener Vitien</li> <li>• sonstige</li> </ul>		X	X	X
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl aller Voroperationen am Herzen</li> <li>• Anzahl aller Voroperationen unbekannt</li> </ul>		X	X	
34	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Voroperation in Tagen <sup>8</sup>				X

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

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

<sup>8</sup> 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 <sup>9</sup>		X	X	
36	Datum der letzten thorakalen Voroperation		X	X	
37	Abstand zwischen Geburtsdatum und letzter thorakaler Voroperation <sup>10</sup>				X
38	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?		X		X
39	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle <sup>11</sup>	X	X		X
40	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>12</sup>			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 <sup>13</sup>	X		X	X
44	Monat des Entlassungstages <sup>14</sup>	X	X	X	X

<sup>9</sup> In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>10</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ und „Geburtsdatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>11</sup> 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)

<sup>12</sup> 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)

<sup>13</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>14</sup> 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) <sup>15</sup>	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	

<sup>15</sup> 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 <sub>2</sub> /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 <sup>16</sup>	X		X	X
68	Monat der Operation (VAD/TAH) <sup>17</sup>	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	

<sup>16</sup> In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

<sup>17</sup> 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 <sup>18</sup>			X	X
88	Monat des Beginns der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung <sup>19</sup>				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"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> </ul>			X	
93	Induktionstherapie			X	
94	Cyclosporin [Immunsuppression initial]			X	

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> 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] <sup>20</sup>	X	X	X	X
121	Monat der Operation <sup>21</sup>	X	X	X	X
122	OP-Datum [Transplantation]	X	X		
123	Operation [Transplantation] <sup>22</sup>	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 (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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	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 <sup>5</sup>			X	
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? <sup>6</sup>				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 <sup>7</sup>	X		X	
22	Geschlecht	X		X	
23	Monat der letzten Transplantation <sup>8</sup>	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 <sup>9</sup>		X	X	X
27	Monat des Follow-up Erhebungsdatum <sup>10</sup>	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 <sup>11</sup>		X	X	X
34	Monat des Todesdatums <sup>12</sup>			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)

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

<sup>12</sup> 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>		X	X	X
18	Monat des Aufnahmetages <sup>5</sup>	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 <sup>6</sup>	X	X		X
22	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>7</sup>			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 <sup>8</sup>	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"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl [Anamnese]</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l [Anamnese]</li> </ul>		X	X	
31	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen <sup>9</sup>	X	X	X	X
32	Monat der Operation <sup>10</sup>	X	X	X	X
33	OP-Datum	X	X		
34	Operation <sup>11</sup>	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"> <li>• Blutung</li> <li>• Reoperation erforderlich</li> <li>• sonstige Komplikationen</li> </ul>		X	X	
38	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?		X	X	X
39	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> </ul> [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 <sup>12</sup>	X		X	X
45	Monat des Entlassungstages <sup>13</sup>	X		X	X
46	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X		
47	Entlassungsdiagnose(n) <sup>14</sup>	X		X	
48	Entlassungsgrund	X	X	X	X
49	Todesursache			X	

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

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

<sup>14</sup> 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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Patienten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	X	X		X
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister <sup>5</sup>			X	

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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? <sup>6</sup>				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 <sup>7</sup>	X			X
22	Geschlecht	X	X	X	
23	Monat der Lebendspende <sup>8</sup>	X			X
24	Datum der Nierenlebendspende	X	X		
25	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen <sup>9</sup>	X	X		X
26	Monat des Follow-up Erhebungsdatum <sup>10</sup>	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 <sup>11</sup>			X	X
32	Todesdatum		X		
33	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende <sup>12</sup>		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"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> <li>• Kreatininwert i.S. unbekannt</li> </ul>		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"> <li>• Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation</li> <li>• unbekannt, ob Komplikation vorliegt</li> </ul>		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) <sup>1</sup>Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe an der Aortenklappe, der Mitralklappe und an Herzkranzgefäßen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. <sup>2</sup>Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) <sup>1</sup>Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“. <sup>2</sup>Das Verfahren wird nachfolgend „QS KCHK“ genannt.

(3) <sup>1</sup>Das 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.

<sup>2</sup>Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. <sup>3</sup>Daraus 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.

<sup>4</sup>Im 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) <sup>1</sup>Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch die mit ihm assoziierten Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). <sup>2</sup>Dies sind insbesondere das Überleben, eingriffsbedingte Komplikationen sowie erneute Folgeeingriffe und Krankenhausaufenthalte.

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

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

(5) <sup>1</sup>Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. <sup>2</sup>Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. <sup>3</sup>Zum 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. <sup>4</sup>Erfolgt 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

<sup>1</sup>Es 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. <sup>2</sup>Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. <sup>3</sup>Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. <sup>4</sup>Folglich 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 Datenannahmestelle der Krankenkassen zu pseudonymisieren.

### § 5 Festlegung der zu erhebenden Daten

(1) <sup>1</sup>Für das Verfahren werden Daten erhoben, verarbeitet und genutzt von

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

<sup>2</sup>Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. <sup>3</sup>Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. <sup>4</sup>Die Datenerhebung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beginnt zum 1. Januar 2020. <sup>5</sup>Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2020.

(2) <sup>1</sup>Zum 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. <sup>2</sup>Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. <sup>3</sup>Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung durch den G-BA beschlossen werden. <sup>4</sup>Sie 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) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche der in Anlage I aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. <sup>2</sup>Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise gemäß § 15 entwickelt.

(2) <sup>1</sup>Rechenregeln und Referenzbereiche werden prospektiv, vor Beginn der Datenerhebung, erstellt und nach deren Abschluss auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst. <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Das jeweilige methodische Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen. <sup>4</sup>Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht. <sup>5</sup>Änderungen 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**

<sup>1</sup>Es 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.

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

<sup>3</sup>Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. <sup>4</sup>Die 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) <sup>1</sup>Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff

erbracht haben. <sup>2</sup>Die 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 Herzklappenchirurgie
- c) Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie
- d) Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie
- e) Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe
- f) Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
- g) Kombinierte Herzklappenchirurgie
- h) Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe.

(5) Die Berichte sollen elektronisch verfügbar sein.

## § 11 Länderbezogene Auswertungen

(1) <sup>1</sup>Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Koronarchirurgie und Eingriffe an den Herzklappen. <sup>2</sup>Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. <sup>3</sup>Die länderbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

(2) <sup>1</sup>Die 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.

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

## § 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V stellt die Notwendigkeit für ein Stellungnahmeverfahren fest und leitet dieses ein.

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

(3) <sup>1</sup>Können 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V schlägt gemeinsam mit der zuständigen Bundesfachkommission der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung des Erfolgs dieser Maßnahmen vor. <sup>3</sup>Folgt 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) <sup>1</sup>Die Bundesstelle richtet eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie und Aortenklappe“ und eine Bundesfachkommission „KHCK – Schwerpunkt

Mitralklappe“ ein und gibt beiden Bundesfachkommissionen eine Geschäftsordnung. <sup>2</sup>Die Bundesfachkommissionen übernehmen die fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Auswertungen. <sup>3</sup>In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie“ erfolgt die Beratung des Leistungsbereichs gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis d. <sup>4</sup>In der Bundesfachkommission „KHCK – Schwerpunkt Mitralklappe“ erfolgt die Beratung der Leistungsbereiche gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe e bis h. <sup>5</sup>Des 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) <sup>1</sup>Die Bundesstelle benennt die Mitglieder nach Absatz 3 für eine Laufzeit von vier Jahren. <sup>2</sup>Wiederbenennungen sind möglich.

(3) <sup>1</sup>Stimmberechtigte 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“. <sup>2</sup>Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates erhalten ein Mitberatungsrecht. <sup>3</sup>Die 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. <sup>4</sup>Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. <sup>5</sup>Alle 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**

<sup>1</sup>Für 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. <sup>2</sup>Darüber 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. <sup>3</sup>Das 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) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. <sup>3</sup>Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie ist spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. <sup>4</sup>Die 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. <sup>5</sup>Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. <sup>6</sup>Alle 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) <sup>1</sup>Die 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). <sup>2</sup>Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. <sup>3</sup>Die 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) <sup>1</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte bis zum 30. Juni zur Verfügung. <sup>2</sup>Darin 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. <sup>3</sup>Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 1. Januar, 1. April, 1. Juli und 1. Oktober zur Verfügung.

(2) <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

(3) <sup>1</sup>Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. <sup>2</sup>Darin 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**

<sup>1</sup>Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 zweiter Spiegelstrich der Richtlinie aus. <sup>2</sup>Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember des zweiten Erfassungsjahres Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. <sup>3</sup>Für 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 QS KCHK

### a) Indikatorenliste isolierte Koronarchirurgie

1	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
Indikator-ID	352000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft.
Qualitätsziel	Möglichst häufige Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation
Indikator-ID	352010
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	352001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	352002
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	352003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	PCI innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	352004
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	PCI innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	352005
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	352007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	352008

Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>10</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	352009
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

## b) Indikatorenliste kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

<b>1</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe</b>
Indikator-ID	362001
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>2</b>	<b>Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna</b>
Indikator-ID	362002
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft.
Qualitätsziel	Möglichst häufige Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna als Bypassgraft
Indikatortyp	Prozessindikator
<b>3</b>	<b>Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts</b>
Indikator-ID	362003
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>4</b>	<b>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts</b>
Indikator-ID	362004
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>5</b>	<b>Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation</b>
Indikator-ID	362022
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>6</b>	<b>Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen</b>
Indikator-ID	362005
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>7</b>	<b>Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen</b>
Indikator-ID	362006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

8	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	362007
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	362008
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	362009
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	362010
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	362011
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	PCI innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	362012
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	PCI innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	362013
Beschreibung	Der Indikator erfasst perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe
Indikator-ID	362014
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe
Indikator-ID	362015
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

17	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	362016
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
18	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	362017
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
19	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	362019
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthaltes.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
20	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	362020
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
21	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	362021
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

### c) Indikatorenliste kathetergestützte, isolierte Aortenklappenchirurgie

1	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	372000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	372001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation
Indikator-ID	372009
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	372002
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Reintervention innerhalb von 30 Tagen an der Aortenklappe
Indikator-ID	372003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Reintervention innerhalb eines Jahres an der Aortenklappe
Indikator-ID	372004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	372006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	372007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	372008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

#### d) Indikatorenliste offen-chirurgische, isolierte Aortenklappenchirurgie

1	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	382000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation
Indikator-ID	382009
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	382001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	382002
Beschreibung	Der Indikator erfasst tiefe Wundheilungsstörungen oder Mediastinitiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Reintervention innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	382003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Reintervention innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	382004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	382006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	382007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	382008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

### e) Indikatorenliste kathetergestützte, isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikator-ID	392000
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	392001
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	392002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation
Indikator-ID	392014
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	392003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	392004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	392005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	392006
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	392007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	392008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	392009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikator-ID	392011
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	392012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
14	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	392013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

#### f) Indikatorenliste offen-chirurgische, isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe
Indikator-ID	402000
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	402001
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	402002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation
Indikator-ID	402014
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	402003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	402004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	402005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff

Indikator-ID	402006
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>9</b>	<b>Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	402007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>10</b>	<b>Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen</b>
Indikator-ID	402008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>11</b>	<b>Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	402009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>12</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
Indikator-ID	402011
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>13</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen</b>
Indikator-ID	402012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>14</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	402013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

### g) Indikatorenliste kombinierte Herzklappenchirurgie

<b>1</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe</b>
Indikator-ID	412000
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>2</b>	<b>Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts</b>
Indikator-ID	412001
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.

Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikator-ID	412002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation
Indikator-ID	412016
Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	412003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	412004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	412005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	412006
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	412007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe
Indikator-ID	412008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe
Indikator-ID	412009
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>12</b>	<b>Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen</b>
Indikator-ID	412010
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>13</b>	<b>Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	412011
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>14</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
Indikator-ID	412013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>15</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen</b>
Indikator-ID	412014
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>16</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	412015
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

## h) Indikatorenliste kathetergestützte, kombinierte Herzklappeneingriffe

<b>1</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe</b>
Indikator-ID	422000
Beschreibung	Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für den Eingriff an der Mitralklappe vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung
Indikatortyp	Indikationsstellung
<b>2</b>	<b>Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts</b>
Indikator-ID	422001
Beschreibung	Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>3</b>	<b>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts</b>
Indikator-ID	422002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>4</b>	<b>Neurologische Komplikationen bei elektiver / dringlicher Operation</b>
Indikator-ID	422016

Beschreibung	Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	422003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	422004
Beschreibung	Der Indikator erfasst Endokarditiden innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
Indikator-ID	422005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff
Indikator-ID	422006
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Erreichen des Eingriffsziels bei einem Mitralklappeneingriff.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des Eingriffsziels
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	422007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Reintervention innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff an der Aortenklappe
Indikator-ID	422008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb von 30 Tagen nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Reintervention innerhalb eines Jahres nach einem Eingriff an der Aortenklappe
Indikator-ID	422009
Beschreibung	Der Indikator erfasst Reinterventionen innerhalb eines Jahres nach dem Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen
Indikator-ID	422010
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres
Indikator-ID	422011

Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>14</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
Indikator-ID	422013
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>15</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen</b>
Indikator-ID	422014
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
<b>16</b>	<b>Sterblichkeit innerhalb eines Jahres</b>
Indikator-ID	422015
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
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

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 <sup>1</sup>	X			X
10	GKV-Versichertenstatus <sup>2</sup>	X	X		X
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten <sup>3</sup>	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 <sup>4</sup>	X		X	X
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren <sup>5</sup>	X	X	X	X
18	Geburtsjahr <sup>6</sup>	X		X	X
19	Geschlecht	X	X	X	
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpergröße</li> <li>• Körpergröße unbekannt</li> </ul>		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.

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"> <li>• Körpergewicht bei Aufnahme</li> <li>• Körpergewicht unbekannt</li> </ul>		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"> <li>• Betablocker</li> <li>• AT1-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Neprilysin-Hemmer</li> <li>• Diuretika</li> <li>• Aldosteronantagonisten</li> <li>• andere Medikation zur Therapie der Herzinsuffizienz</li> </ul>		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"> <li>• systolischer Pulmonalarteriendruck</li> <li>• systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt</li> </ul>		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"> <li>• LVEF</li> <li>• LVEF unbekannt</li> </ul>		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) <sup>7</sup>		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"> <li>• Kreatininwert i.S. in mg/dl</li> <li>• Kreatininwert i.S. in µmol/l</li> </ul>		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 <sup>8</sup>		X	X	
65	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X	
66	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X	

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

<sup>8</sup> 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"> <li>• Infektion(en)</li> <li>• Sternuminstabilität</li> <li>• Gefäßruptur</li> <li>• Dissektion</li> <li>• therapierelevante Blutung/ Hämatom</li> <li>• Ischämie</li> <li>• AV-Fistel</li> <li>• Aneurysma spurium</li> <li>• Sonstige</li> </ul>		X	X	
69	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X	
70	paravalvuläre Leckage		X	X	
71	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator			X	
72	Entlassungsdiagnose(n) <sup>9</sup>	X		X	
73	Quartal des Entlassungstages <sup>10</sup>	X		X	X
74	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen <sup>11</sup>	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 <sup>12</sup>	X	X	X	X
82	Quartal der Operation <sup>13</sup>	X		X	X
83	Operation <sup>14</sup>	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"> <li>• Eingriff an der Trikuspidalklappe</li> <li>• Eingriff an der Pulmonalklappe</li> <li>• Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand</li> <li>• Vorhofablation</li> <li>• Eingriff an herznahen Gefäßen</li> <li>• Herzohrverschluss</li> <li>• Sonstige</li> </ul>		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"> <li>• Dosis-Flächen-Produkt</li> <li>• Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt</li> </ul>		X	X	
99	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrastmittelmenge</li> <li>• kein Kontrastmittel appliziert</li> </ul>			X	
100	Intraprozedurale Komplikationen		X	X	X
101	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Device-Fehlpositionierung</li> <li>• Koronarostienverschluss</li> <li>• Aortendissektion</li> <li>• Aortenregurgitation &gt; = 2. Grades</li> <li>• Annulus-Ruptur</li> <li>• Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle</li> <li>• Perikardtamponade</li> <li>• LV-Dekompensation</li> <li>• Hirnembolie</li> <li>• Rhythmusstörungen</li> <li>• Device-Embolisation</li> <li>• vaskuläre Komplikation</li> <li>• Low Cardiac Output</li> <li>• schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)</li> <li>• Patient verstarb im OP/Katheterlabor</li> </ul>		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"> <li>• ITA links</li> <li>• sonstige Grafts</li> </ul>		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"> <li>• Alter</li> <li>• Frailty</li> <li>• Hochrisiko</li> <li>• Prognose-limitierende Zweiterkrankung</li> <li>• Patientenwunsch</li> <li>• Porzellan-Aorta</li> <li>• Malignom (nicht kurativ behandelt)</li> <li>• Sonstige</li> </ul>		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"> <li>effektive Mitralklappenregurgitationsfläche (EROA)</li> <li>Mitralklappenregurgitationsfläche unbekannt</li> </ul>		X	X	
129	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitralklappenregurgitationsvolumen (RVOL)</li> <li>Mitralklappenregurgitationsvolumen unbekannt</li> </ul>		X	X	
130	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vena contracta</li> <li>Vena contracta unbekannt</li> </ul>		X	X	
131	<ul style="list-style-type: none"> <li>LVEDD</li> <li>LVEDD unbekannt</li> </ul>		X	X	
132	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitralklappenöffnungsfläche</li> <li>Mitralklappenöffnungsfläche unbekannt</li> </ul>		X	X	
133	linksatrialer Thrombus		X	X	
134	Morphologie der Mitralklappe auffällig?		X	X	X
135	<ul style="list-style-type: none"> <li>Segelprolaps</li> <li>Flail leaflet</li> <li>Ruptur der Papillarmuskulatur</li> <li>erhebliche Koaptationslücke</li> <li>fibrotische Verdickung</li> <li>Verkalkung/Sklerosierung</li> <li>Vegetationen</li> <li>Kommissurenfusionen</li> </ul>		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
<b>§ 301 (Krankenhäuser)</b>						
	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>1</sup>	source(301)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>2</sup>	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X
	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse <sup>3</sup>	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X
	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			

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die 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	<a href="#">301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek</a>	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	<a href="#">301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd</a>	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	<a href="#">301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icdsek</a>	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.Operation.tag@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) <sup>4</sup>	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X	
<b>§ 301 (AMBO)</b>						
	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>5</sup>	source(kh_ambo)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>6</sup>	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 <sup>7</sup>	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.	

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die 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 <a href="#">Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek</a>	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 <sup>8</sup>	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 <a href="#">Operation.PRZ.Prozedurentag@datum</a>	X			X
<b>§ 295 (kollektivvertraglich)</b>						
	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>9</sup>	source(295k)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>10</sup>	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X
	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>11</sup>	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	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)	<a href="#">295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit</a>			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	
<b>§ 284 (Stammdaten)</b>						
	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.) <sup>12</sup>	Stamm@versicherungsdatum				X
	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X
<b>§ 295 (selektivvertraglich)</b>						
	Angabe der Quelle des Datensatzes <sup>13</sup>	source(295s)@quelle				X
	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) <sup>14</sup>	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X
	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR <sup>15</sup>	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) <sup>16</sup>	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 <sup>17</sup>	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		

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

<sup>13</sup> Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

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

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

<sup>16</sup> Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

<sup>17</sup> Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4
			Daten für die 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
<b>Administrative Daten</b>						
	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X
	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X