



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Richtlinie

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 15. Juli 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.10.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

zuletzt geändert am 15. Juli 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.11.2021 B3)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Teil 1: Rahmenbestimmungen | 14 |
| § 1 Gegenstand, Geltungsbereich und Ziele der Richtlinie..... | 14 |
| § 2 Verfahrensarten | 15 |
| § 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen | 16 |
| § 4 Verfahrensgrundsätze..... | 16 |
| § 5 Landesarbeitsgemeinschaften | 18 |
| § 6 Aufgaben der LAG | 19 |
| § 7 Bundesstelle | 19 |
| § 8 Aufgaben der Bundesstelle | 20 |
| § 8a Fachkommissionen..... | 20 |
| § 9 Datenannahmestelle..... | 23 |
| § 10 Auswertungsstellen..... | 24 |
| § 11 Vertrauensstelle | 25 |
| § 11a Versendestelle..... | 25 |
| § 12 Zusammenarbeit | 26 |
| § 13 Grundmodell des Datenflusses | 27 |
| § 14 Art der Daten..... | 27 |
| § 14a Qualitätsindikatoren, Rechenregeln und Referenzbereiche | 28 |
| § 15 Erheben und Übermitteln der Daten | 29 |
| § 16 Datenvalidierung..... | 30 |
| § 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungs- maßnahmen | 30 |
| § 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer | 33 |
| § 19 Qualitätssicherungsergebnisberichte an das Institut nach § 137a SGB V | 33 |
| § 20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA | 34 |
| § 21 Ablösung länderbezogener Verfahren | 34 |
| § 22 Finanzierung..... | 35 |
| § 23 Bindung der einbezogenen Organisationen | 35 |
| § 24 Information der Patientinnen und Patienten | 35 |
| § 25 Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer | 36 |
| § 26 Expertengremien auf Bundesebene | 36 |
| § 27 Aussetzung der Datenlieferung für das Erfassungsjahr 2020 und 2021..... | 37 |
| Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren | 38 |
| § 1 Allgemeines..... | 38 |
| § 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle | 38 |
| § 3 Verfahren in der Datenannahmestelle | 39 |
| § 4 Verfahren in der Vertrauensstelle | 40 |
| § 4a Verfahren in der Versendestelle | 40 |
| § 5 Verfahren in den Auswertungsstellen | 41 |
| § 6 Auswertungen und Rückmeldeberichte | 41 |

| | |
|---|-----------|
| Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen | 43 |
| Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) | 43 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 43 |
| § 2 Eckpunkte | 43 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung | 44 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 45 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 45 |
| § 6 Datenflussverfahren | 45 |
| § 7 Datenprüfung | 45 |
| § 8 [Unbesetzt] | 46 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen | 46 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie | 46 |
| § 11 Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie | 47 |
| § 12 Bewertung der Auffälligkeiten | 47 |
| § 13 Datenvalidierung | 48 |
| § 14 Fachkommissionen | 48 |
| § 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene | 48 |
| § 16 Datenlieferfristen | 48 |
| § 17 Fristen für Berichte | 49 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze | 50 |
| § 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung | 50 |
| § 20 Übergangsregelung | 52 |
| Anlage I: Indikatorliste (QS PCI) | 53 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI) | 62 |
| a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 62 |
| b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V | 67 |
| c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung | 78 |
| Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) | 81 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 81 |
| § 2 Eckpunkte | 82 |
| § 3 Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V | 82 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 83 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 83 |
| § 6 Datenflussverfahren | 84 |
| § 7 Datenprüfung | 85 |
| § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche | 85 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen | 85 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie | 86 |

| | | |
|--|--|------------|
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen nach Teil 1 § 6 Absatz 2 der Anlage der Richtlinie. | 86 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 87 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 87 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 87 |
| § 15 | Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene | 88 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 88 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 89 |
| § 18 | Fehlende Dokumentation der Datensätze | 90 |
| § 19 | Begleitende Erprobung | 90 |
| § 20 | Übergangsregelung | 91 |
| Anlage I: Indikatorlisten (QS WI) | | 93 |
| a) | Indikatorenliste Wundinfektionen | 93 |
| b) | Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulant und stationär)..... | 95 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI) | | 97 |
| a) | Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V ohne PID | 97 |
| b) | Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V mit PID | 109 |
| c) | Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär) | 121 |
| d) | Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) | 123 |
| e) | Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren) | 133 |
| Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) | | 146 |
| § 1 | Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 146 |
| § 2 | Eckpunkte..... | 146 |
| § 3 | Begründung der Vollerhebung..... | 147 |
| § 4 | Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 147 |
| § 5 | Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 147 |
| § 6 | Datenflussverfahren..... | 148 |
| § 7 | Datenprüfung | 148 |
| § 8 | [Unbesetzt]..... | 148 |
| § 9 | Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 148 |
| § 10 | Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 148 |
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 149 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 149 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 149 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 150 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 150 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 150 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 150 |

| | |
|--|------------|
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze | 151 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE) | 152 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)..... | 154 |
| a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 154 |
| b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V | 156 |
| Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) | 162 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 162 |
| § 2 Eckpunkte | 162 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung | 163 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 164 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 164 |
| § 6 Datenflussverfahren | 165 |
| § 7 Datenprüfung | 165 |
| § 8 Rechenregeln und Referenzbereiche | 165 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen | 165 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie | 166 |
| § 11 Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 166 |
| § 12 Bewertung der Auffälligkeiten | 167 |
| § 13 Datenvalidierung | 168 |
| § 14 Fachkommissionen auf Landesebene | 168 |
| § 14a Bundesfachkommission | 168 |
| § 15 Expertengremium auf Bundesebene | 169 |
| § 16 Datenlieferfristen | 169 |
| § 17 Fristen für Berichte | 170 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze | 170 |
| § 19 Übergangsregelung | 170 |
| Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET) | 172 |
| a) Indikatorenliste Dialyse | 172 |
| b) Indikatorenliste Nierentransplantation | 174 |
| c) Indikatorenliste Pankreastransplantation | 178 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)..... | 181 |
| a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse | 181 |
| b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Dialyse..... | 186 |
| c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation | 193 |
| d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation Follow-up | 197 |

| | |
|--|------------|
| e) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation..... | 199 |
| Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) | 204 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 204 |
| § 2 Eckpunkte..... | 204 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung..... | 205 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 205 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 205 |
| § 6 Datenflussverfahren..... | 206 |
| § 7 Datenprüfung | 206 |
| § 8 [Unbesetzt]..... | 207 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 207 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 207 |
| § 10a Länderbezogene Auswertungen | 208 |
| § 11 Bewertung der Auffälligkeiten | 208 |
| § 12 Datenvalidierung..... | 209 |
| § 13 Bundesfachkommissionen | 209 |
| § 14 Datenlieferfristen | 210 |
| § 15 Fristen für Berichte | 211 |
| § 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 211 |
| § 17 Übergangsregelung | 211 |
| Anlage I: Indikatorenlisten (QS TX) | 213 |
| a) Indikatorenliste Lebertransplantationen | 213 |
| b) Indikatorenliste Leberlebendspenden | 214 |
| c) Indikatorenliste Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen | 217 |
| d) Indikatorenliste Herztransplantationen..... | 218 |
| e) Indikatorenliste Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsth Herzen | 220 |
| f) Indikatorenliste Nierenlebendspenden | 221 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)..... | 224 |
| a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 224 |
| b) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V | 257 |
| Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) | 258 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 258 |
| § 2 Eckpunkte..... | 258 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung..... | 259 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 259 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 259 |
| § 6 Datenflussverfahren..... | 260 |
| § 7 Datenprüfung | 260 |
| § 8 [Unbesetzt]..... | 260 |

| | | |
|---|--|------------|
| § 9 | Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 260 |
| § 10 | Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 260 |
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen | 261 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 262 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 262 |
| § 14 | Bundesfachkommissionen | 262 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 263 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 263 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 264 |
| § 18 | Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 264 |
| § 19 | Übergangsregelung | 264 |
| Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK) | | 266 |
| a) | Indikatorenliste isolierte Koronarchirurgie | 266 |
| b) | Indikatorenliste kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie | 267 |
| c) | Indikatorenliste kathetergestützte, isolierte Aortenklappenchirurgie | 270 |
| d) | Indikatorenliste offen-chirurgische, isolierte Aortenklappenchirurgie | 271 |
| e) | Indikatorenliste kathetergestützte, isolierte Mitralklappeneingriffe | 272 |
| f) | Indikatorenliste offen-chirurgische, isolierte Mitralklappeneingriffe | 274 |
| g) | Indikatorenliste kombinierte Herzklappenchirurgie | 276 |
| h) | Indikatorenliste kathetergestützte, kombinierte Herzklappeneingriffe | 279 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK) | | 282 |
| a) | Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 282 |
| b) | Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V | 289 |
| Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)..... | | 299 |
| § 1 | Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 299 |
| § 2 | Eckpunkte..... | 299 |
| § 3 | Begründung der Vollerhebung..... | 300 |
| § 4 | Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 300 |
| § 5 | Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 300 |
| § 6 | Datenflussverfahren..... | 300 |
| § 7 | Datenprüfung | 300 |
| § 8 | [Unbesetzt]..... | 301 |
| § 9 | Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 301 |
| § 10 | Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 301 |
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 301 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 302 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 302 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 302 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 302 |

| | |
|---|------------|
| § 16 Datenlieferfristen | 302 |
| § 17 Fristen für Berichte | 303 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze | 303 |
| § 19 Übergangsregelung | 303 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS) | 304 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS) | 306 |
| Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 306 |
| Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) | 311 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 311 |
| § 2 Eckpunkte | 311 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung | 312 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 312 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 312 |
| § 6 Datenflussverfahren | 312 |
| § 7 Datenprüfung | 312 |
| § 8 [Unbesetzt] | 312 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen | 312 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie | 313 |
| § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 313 |
| § 12 Bewertung der Auffälligkeiten | 314 |
| § 13 Datenvalidierung | 314 |
| § 14 Fachkommissionen | 314 |
| § 15 Expertengremium auf Bundesebene | 314 |
| § 16 Datenlieferfristen | 314 |
| § 17 Fristen für Berichte | 315 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze | 315 |
| § 19 Übergangsregelung | 315 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS CAP) | 316 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CAP) | 317 |
| Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 317 |
| Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) | 320 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 320 |
| § 2 Eckpunkte | 320 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung | 321 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 321 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 321 |
| § 6 Datenflussverfahren | 321 |

| | | |
|--|--|------------|
| § 7 | Datenprüfung..... | 321 |
| § 8 | [Unbesetzt]..... | 322 |
| § 9 | Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 322 |
| § 10 | Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 322 |
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 322 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 323 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 323 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 323 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 323 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 323 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 324 |
| § 18 | Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 324 |
| § 19 | Übergangsregelung..... | 324 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS MC) | | 325 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC) | | 328 |
| | Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 328 |
| Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)..... | | 332 |
| § 1 | Gegenstand und Ziele des Verfahrens..... | 332 |
| § 2 | Eckpunkte..... | 332 |
| § 3 | Begründung der Vollerhebung..... | 333 |
| § 4 | Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 333 |
| § 5 | Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 333 |
| § 6 | Datenflussverfahren..... | 333 |
| § 7 | Datenprüfung..... | 333 |
| § 8 | [Unbesetzt]..... | 333 |
| § 9 | Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 333 |
| § 10 | Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 334 |
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 334 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 335 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 335 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 335 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 335 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 335 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 336 |
| § 18 | Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 336 |
| § 19 | Übergangsregelung..... | 336 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP) | | 337 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP) | | 339 |

| | |
|--|------------|
| Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 339 |
| Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) | 342 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 342 |
| § 2 Eckpunkte..... | 342 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung..... | 342 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 343 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 343 |
| § 6 Datenflussverfahren..... | 343 |
| § 7 Datenprüfung | 343 |
| § 8 [Unbesetzt]..... | 343 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 343 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 344 |
| § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 344 |
| § 12 Bewertung der Auffälligkeiten | 345 |
| § 13 Datenvalidierung..... | 345 |
| § 14 Fachkommissionen..... | 345 |
| § 15 Expertengremium auf Bundesebene | 345 |
| § 16 Datenlieferfristen | 345 |
| § 17 Fristen für Berichte | 346 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 346 |
| § 19 Übergangsregelung..... | 346 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS DEK) | 347 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK) | 348 |
| Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer | 348 |
| Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) | 350 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 350 |
| § 2 Eckpunkte..... | 350 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung..... | 351 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 351 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 351 |
| § 6 Datenflussverfahren..... | 351 |
| § 7 Datenprüfung | 352 |
| § 8 [Unbesetzt]..... | 352 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 352 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 352 |
| § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 353 |
| § 12 Bewertung der Auffälligkeiten | 353 |

| | |
|---|------------|
| § 13 Datenvalidierung..... | 353 |
| § 14 Fachkommissionen..... | 353 |
| § 15 Expertengremium auf Bundesebene | 354 |
| § 16 Datenlieferfristen | 354 |
| § 17 Fristen für Berichte | 354 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 355 |
| § 19 Übergangsregelung | 355 |
| Anlage I: Indikatorenlisten (QS HSMDEF) | 356 |
| a) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Implantation | 356 |
| b) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 358 |
| c) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 359 |
| d) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Implantation..... | 359 |
| e) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel | 361 |
| f) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Revision/ Systemwechsel/ Explantation | 362 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF) | 363 |
| a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Implantation..... | 363 |
| b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel | 367 |
| c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation | 369 |
| d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation | 372 |
| e) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel | 377 |
| f) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation | 379 |
| Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) | 384 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 384 |
| § 2 Eckpunkte..... | 384 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung..... | 385 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 385 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 385 |
| § 6 Datenflussverfahren..... | 385 |
| § 7 Datenprüfung | 386 |
| § 8 [Unbesetzt]..... | 386 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 386 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 386 |
| § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 387 |

| | | |
|--|---|------------|
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 387 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 387 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 387 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 388 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 388 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 388 |
| § 18 | Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 389 |
| § 19 | Übergangsregelung | 389 |
| Anlage I: Indikatorenlisten (QS PM) | | 390 |
| a) | Indikatorenliste Geburtshilfe..... | 390 |
| b) | Indikatorenliste Neonatologie..... | 392 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM) | | 395 |
| a) | Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Geburtshilfe | 395 |
| b) | Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie | 401 |
| Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) | | 407 |
| § 1 | Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 407 |
| § 2 | Eckpunkte..... | 407 |
| § 3 | Begründung der Vollerhebung..... | 408 |
| § 4 | Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 408 |
| § 5 | Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 408 |
| § 6 | Datenflussverfahren..... | 408 |
| § 7 | Datenprüfung | 409 |
| § 8 | [Unbesetzt]..... | 409 |
| § 9 | Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 409 |
| § 10 | Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 409 |
| § 11 | Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 409 |
| § 12 | Bewertung der Auffälligkeiten | 410 |
| § 13 | Datenvalidierung..... | 410 |
| § 14 | Fachkommissionen..... | 410 |
| § 15 | Expertengremium auf Bundesebene | 410 |
| § 16 | Datenlieferfristen | 411 |
| § 17 | Fristen für Berichte | 411 |
| § 18 | Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 412 |
| § 19 | Übergangsregelung | 412 |
| Anlage I: Indikatorenlisten (QS HGV) | | 413 |
| a) | Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung | 413 |
| b) | Indikatorenliste Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung .. | 415 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)..... | | 417 |

| | |
|--|------------|
| a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und - Komponentenwechsel) | 417 |
| b) Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung | 424 |
| Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) | 429 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens | 429 |
| § 2 Eckpunkte..... | 429 |
| § 3 Begründung der Vollerhebung..... | 430 |
| § 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben | 430 |
| § 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten | 430 |
| § 6 Datenflussverfahren..... | 430 |
| § 7 Datenprüfung..... | 431 |
| § 8 [Unbesetzt]..... | 431 |
| § 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen..... | 431 |
| § 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie..... | 431 |
| § 11 Länderbezogene Auswertungen nach § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie | 431 |
| § 12 Bewertung der Auffälligkeiten | 432 |
| § 13 Datenvalidierung..... | 432 |
| § 14 Fachkommissionen..... | 432 |
| § 15 Expertengremium auf Bundesebene..... | 432 |
| § 16 Datenlieferfristen | 433 |
| § 17 Fristen für Berichte | 433 |
| § 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze..... | 434 |
| § 19 Übergangsregelung..... | 434 |
| Anlage I: Indikatorenliste (QS KEP)..... | 435 |
| Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP) | 437 |
| Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und - Komponenten-wechsel) | 437 |

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

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

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

die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

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

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

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

1. die ein Thema betreffen, bei dem mindestens zwei Sektoren an dem Behandlungsergebnis maßgeblich Anteil haben (sektorenüberschreitende Verfahren),

2. die ein Thema betreffen, bei dem die Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren erfolgt (sektorgleiche Verfahren),

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

(6) ¹Diese Richtlinie gilt insbesondere für:

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

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

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

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

§ 2 Verfahrensarten

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

(2) Bundesbezogene Verfahren sollen insbesondere durchgeführt werden, wenn aufgrund der Eigenart des Themas oder aufgrund der Fallzahlen der Patientinnen oder Patienten oder

der leistungserbringenden Personen oder Einrichtungen hinsichtlich eines Themas eine länderbezogene Durchführung nicht angezeigt erscheint.

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

§ 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen

¹Auf der Grundlage der von dem Institut nach § 137a SGB V zu den vom G-BA ausgewählten Themen entwickelten Indikatoren und Instrumenten werden in den themenspezifischen Bestimmungen Festlegungen zu den jeweiligen Themen getroffen. ²Diese legen insbesondere fest:

1. Titel und Verfahrensnummer
2. Ziele des Verfahrens

sowie die Bestimmung und sofern erforderlich Begründung:

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

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

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

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

abzugeben und beschließt über deren Umsetzung.

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

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

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

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

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

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

§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften

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

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

(3) ¹Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die jeweiligen Landesärztekammern, sowie die Organisationen der Pflegeberufe auf Landesebene werden von der LAG beteiligt. ²Zusätzlich erfolgt eine Beteiligung der Landeszahnärztekammern oder der Landespsychotherapeutenkammern, soweit deren Belange in der Qualitätssicherung thematisch berührt sind. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene erhalten im Lenkungsgremium ein Mitberatungsrecht. ⁴Hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten gegenüber der LAG gilt § 140f Absatz 1, 2, 5 und 6 SGB V entsprechend.

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

(5) 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.

(6) 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.

(3) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben richten die LAGen Fachkommissionen nach § 8a ein.

§ 7 Bundesstelle

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

§ 8 Aufgaben der Bundesstelle

(1) Die Bundesstelle nimmt in ihrer Funktion als Lenkungsgremium insbesondere folgende Aufgaben wahr:

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der bundesbezogenen Verfahren und deren Bewertungen durch die Bundesfachkommissionen
2. Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen gemäß den Regelungen in § 17.

(2) Für bundesbezogene Verfahren nimmt die Stelle nach § 7 Satz 2 in Abstimmung mit dem Lenkungsgremium nach § 8 Absatz 1 folgende Aufgaben wahr:

1. Nutzung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung zu stellenden Auswertungen der bundesbezogenen Verfahren, für die Aufgaben nach Nummer 2 bis 7
2. Bewertung der Auffälligkeiten
3. Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen gemäß den Regelungen in § 17 in Zusammenarbeit mit den Datenannahmestellen nach § 9
4. Erstellung und Übermittlung von Qualitätssicherungsergebnisberichten gemäß § 19
5. Information und Beratung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 25
6. Laienverständliche Information der Öffentlichkeit über die Ergebnisse der Maßnahmen der Qualitätssicherung für bundesbezogene Verfahren sowie deren 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) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben richtet die Bundesstelle Bundesfachkommissionen nach § 8a ein.

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

§ 8a Fachkommissionen

(1) ¹Für jedes Qualitätssicherungsverfahren richten die Landesarbeitsgemeinschaften oder mehrere Landesarbeitsgemeinschaften gemeinsam für die länderbezogenen Verfahren Landesfachkommissionen und die Bundesstelle für die bundesbezogenen Verfahren Bundesfachkommissionen mit Expertise jeweils aus dem vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen oder stationären Bereich, entsprechend der jeweiligen sektorspezifischen oder sektorenübergreifenden Ausrichtung der Verfahren ein. ²Die Festlegung von Art, Anzahl und Zusammensetzung der einzurichtenden Fachkommissionen erfolgt in den themenspezifischen Bestimmungen.

(2) ¹Die Fachkommissionen beraten auf Basis ihrer fachlichen Bewertung die Landesarbeitsgemeinschaft und die Bundesstelle sowie die Stellen nach § 5 Absatz 4 und § 7

Satz 2. ²Als Ergebnis ihrer Beratung geben die Fachkommissionen Empfehlungen gemäß Absatz 3 ab.

(3) ¹Die Aufgaben der Fachkommissionen sind insbesondere:

1. Prüfung der von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen sowie fachliche Bewertung im Hinblick auf Auffälligkeiten
2. Empfehlung der Einleitung sowie zur Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 Absatz 2 Satz 1 und dessen Zeitrahmen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle
3. Bewertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens
4. Empfehlung über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens oder die Einleitung von Maßnahmen gemäß § 17 Absatz 3 und 4, sowie Empfehlungen zum Zeitrahmen innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle
5. Empfehlung eines geeigneten Verfahrens zur Überprüfung der Durchführung sowie des Erfolgs der Maßnahmen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle.

²Weitere Aufgaben können von ihnen im Rahmen der Umsetzung der durch die LAG oder die Bundesstelle beschlossenen QS-Maßnahmen entsprechend § 17 Absatz 3 übernommen werden. ³Hierzu zählt unter anderem die Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien oder von Peer-Review-Verfahren.

(4) ¹Die Fachkommissionen setzen sich zusammen aus

1. vier Vertreterinnen oder Vertretern je nach thematischer Betroffenheit:
 - der zugelassenen Krankenhäuser (Fachärzte),
 - der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten oder
 - der Vertragszahnärzte (Zahnärzte) und
2. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen (je nach thematischer Betroffenheit Facharzt oder Zahnarzt) und
3. gegebenenfalls je einer Vertreterin oder einem Vertreter weiterer, betroffener Berufsgruppen soweit nach Vorgabe in den themenspezifischen Bestimmungen erforderlich.

²Die Beteiligung der Vertreterinnen oder Vertreter nach Nummer 1 ergibt sich aus der wesentlichen Betroffenheit für das jeweilige Verfahren. ³Bei sektorspezifischen Verfahren sind dies entsprechend die Vertreterinnen oder Vertreter des jeweiligen Sektors, bei sektorenübergreifenden Verfahren die entsprechenden Vertreterinnen oder Vertreter der jeweiligen Sektoren. ⁴Für jede Vertreterin bzw. jeden Vertreter soll eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter benannt werden. ⁵Jede Vertreterin bzw. jeder Vertreter der Fachkommissionen ist in ihrer fachlichen Bewertung unabhängig und weisungsfrei. ⁶Die konkreten Festlegungen zur fachlichen Qualifikation sowie gegebenenfalls abweichende Regelungen können in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen erfolgen.

(5) ¹Bis zu zwei sachkundige Personen als von den 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) benannte Vertreterinnen oder Vertreter erhalten ein Mitberatungsrecht. ²Soweit relevant müssen Vertreterinnen oder Vertreter der Pflegeberufe angemessen beteiligt werden.

³Themenbezogen können Vertreterinnen und Vertreter anderer Heilberufe beteiligt werden.

⁴Im fachlich begründeten Einzelfall können durch die LAG bzw. die Bundesstelle weitere Expertinnen und Experten hinzugezogen werden.

(6) ¹Bei der Empfehlung der Fachkommission ist Einvernehmen anzustreben. ²Wird ein solches Einvernehmen nicht erreicht, ist die Empfehlung der Mehrheit der anwesenden Vertreterinnen und Vertreter nach Absatz 4 Nummer 1 und 2 abzugeben. ³Vertreterinnen und Vertreter nach Absatz 4 und 5 können von der Empfehlung abweichende Einschätzungen darlegen.

(7) ¹Der Vorschlag zur Benennung der einzelnen Vertreterinnen oder Vertreter für die Fachkommission erfolgt nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 durch die LKG bzw. DKG, KV bzw. KBV oder die KZV bzw. KZBV sowie nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 durch die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen oder den GKV-SV und nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 durch die gegebenenfalls in den themenspezifischen Bestimmungen genannten Organisationen. ²Die Benennung der Vertreterinnen oder Vertreter erfolgt für die Dauer von vier Jahren durch die LAG bzw. die Bundesstelle. ³Es darf einmalig eine Wiederbenennung erfolgen. ⁴Eine vorzeitige Abberufung ist aus wichtigem Grund durch die vorschlagenden Organisationen oder die LAG bei länderbezogenen bzw. die Bundesstelle bei bundesbezogenen Verfahren möglich.

(8) ¹Das Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 Absatz 2 bzw. die Bundesstelle nach § 7 Satz 1 kann den Fachkommissionen eine Geschäftsordnung geben. ²Die Fachkommissionen tagen mindestens einmal jährlich. ³Die Sitzungsleitung obliegt für länderbezogene Verfahren der Stelle nach § 5 Absatz 4 bzw. für bundesbezogene Verfahren der Stelle nach § 7 Satz 2. ⁴Die Einladung wird mindestens vier Wochen vor der Sitzung, die Tagesordnungen zehn Tage vor der Sitzung und die Beratungsunterlagen mindestens eine Woche vor der Sitzung versandt. ⁵Ein abweichendes Vorgehen ist im Einzelfall nur bei Zustimmung aller Vertreterinnen und Vertreter nach den Absätzen 4 und 5 möglich. ⁶Die Sitzungen der Fachkommissionen sind vertraulich und nicht öffentlich. ⁷Es sind Regelungen zum Umgang mit vertraulichen Dokumenten und Beratungsinhalten sowie hinsichtlich von Interessenskonflikten zu treffen.

(9) ¹Über jede Sitzung wird eine Ergebnisniederschrift angefertigt. ²Sie hat Ort, Tag, Beginn und Ende der Sitzung sowie eine Bezeichnung der Gegenstände der Beratung zu enthalten. ³Sie hat die Empfehlungen als wesentliches Ergebnis der Beratungen sowie abweichende Einschätzungen ohne personenbezogene Angaben wiederzugeben und ist dem Lenkungsgremium zur Verfügung zu stellen.

(10) ¹Die Organisationen nach Absatz 7 Satz 1 tragen die Kosten für die Teilnahme der von ihnen jeweils vorgeschlagenen und von der LAG bzw. Bundesstelle benannten Vertreterinnen und Vertreter (z.B. Reisekosten, Verdienstausfall). ²Die 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 Vertreterinnen und Vertreter trägt bei länderbezogenen Verfahren die LAG, bei bundesbezogenen Verfahren die Stelle nach § 7 Satz 2. ³Die 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 bzw. der Bundesstelle sowie in den Fachkommissionen organisatorisch und inhaltlich von der jeweiligen LAG bzw. der Bundesstelle in entsprechender Anwendung des § 140f Absatz 6 SGB V unterstützt.

(11) ¹Für Fachkommissionen und Fachgruppen, die vor dem 1. Januar 2021 eingerichtet worden sind, finden statt der Absätze 3 bis 10 die für die zu den Fachkommissionen und Bundesfachkommissionen der DeQS-RL und für die Fachgruppen in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) jeweils in der bis zum 31. Dezember 2020 geltenden Bestimmungen bis zum 31. Dezember 2021 weiter Anwendung. ²Die Landesarbeitsgemeinschaften und die Bundesstelle sind verpflichtet, Fachkommissionen die nach Satz 1 bestehen, bis zum 31. Dezember 2021 nach den Vorgaben dieser Richtlinie in der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung einzurichten.

§ 9 Datenannahmestelle

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

(2) ¹Die Datenannahmestellen haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. Annahme der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen übermittelten Daten
2. Prüfung der übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit
3. Weiterleitung der Daten mit dem Ergebnis der Überprüfung an die Vertrauensstelle, sofern notwendig
4. Ersetzung der die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizierenden Daten durch ein pro Verfahren unterschiedliches Pseudonym
5. Unterstützung der LAG bzw. der Bundesstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10
6. Unterstützung und Beratung der jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Rahmen der Datenannahme

7. Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß § 17 Absatz 8, 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
13. Für die Datenannahmestelle nach Absatz 1 Satz 3: Die 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 einschließlich einer Depseudonymisierung der hierfür erforderlichen leistungserbringeridentifizierenden Daten.

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

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

1. Die Prüfung der an sie übermittelten Datensätze auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit, Plausibilität soweit diese Prüfung durch die Datenannahmestelle gemäß § 9 Absatz 2 nicht umfassend erfolgt oder nicht auf geeignete Weise belegt ist
2. die patientenbezogene Zusammenführung 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) ¹Die Vertrauensstelle ist eine Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten gemäß § 14 Absatz 2, die im Rahmen der einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung erhoben werden, pseudonymisiert. ²Als Datenannahmestelle nach § 9 Absatz 1 Satz 7 nimmt die Vertrauensstelle die von den SV-LE im Rahmen der selektivvertraglichen Tätigkeit erhobenen Daten an und pseudonymisiert die leistungserbringeridentifizierenden Daten.

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

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

§ 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) ¹Die 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, Speicherung der Daten gemäß § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b in einer räumlich und organisatorisch von ihren anderen Aufgaben getrennten Stelle (organisatorisch unabhängiger Bereich), Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit sowie Übermittlung eines Datenflussprotokolls für die Daten gemäß § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a 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 Satz 1 Buchstabe a 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 mithilfe der im organisatorisch unabhängigen Bereich entschlüsselten Versendedaten gemäß § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b (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.

²Die Versendestelle muss die Anforderungen des § 299 Absatz 4 SGB V erfüllen. ³Der organisatorisch unabhängige Bereich wird durch die Versendestelle eingerichtet, um die Daten gemäß § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b zu verarbeiten. ⁴Die 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) ¹Die 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. ²Hierzu gehören auch die Meldungen von zeitlichen Verzögerungen oder Kooperationsproblemen hinsichtlich der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie konkreter verfahrensbezogener Veränderungsbedarfe an den G-BA.

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

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

§ 14 Art 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) ¹Versendedaten für Patientenbefragungen (VD) sind Daten, die

- a) für die Datenprüfung (z.B. GKV-Versichertenstatus) und die Auswahl der Patientinnen und Patienten (z.B. Geschlecht, behandlungsspezifische Daten) sowie
- b) die Versendung der Fragebögen (z. B. Name, Wohnanschrift)

erforderlich sind. ²Die Daten nach Satz 1 Buchstabe b umfassen nicht pseudonymisierte personenbezogene Daten der Patientinnen und Patienten.

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

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

§ 14a Qualitätsindikatoren, Rechenregeln und Referenzbereiche

(1) ¹Die vom Institut nach § 137a SGB V entwickelten Qualitätsindikatoren werden in den themenspezifischen Bestimmungen aufgeführt. ²Diese werden den Landesarbeitsgemeinschaften zur Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß § 6 in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form zur Verfügung gestellt.

(2) ¹Rechenregeln und Referenzbereiche der in den themenspezifischen Bestimmungen aufgeführten Indikatoren haben bundesweit einheitlich für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gültigkeit. ²Diese werden vom Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten mit methodischer und fachlicher Expertise entwickelt. ³Das jeweilige Vorgehen zur Festlegung der Rechenregeln und Referenzbereiche, insbesondere der Indexbildung und der Risikoadjustierung, ist zu veröffentlichen.

(3) ¹Prospektive Rechenregeln werden vor Beginn der Datenerhebung erstellt. ²Die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche müssen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen und veröffentlicht werden. ³Sie werden nach Beschlussfassung zusammen mit den Spezifikationen in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht. ⁴Nach Abschluss der Datenerhebung werden diese auf Basis der dann vorliegenden empirischen Daten angepasst (endgültige Rechenregeln). ⁵Die endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis

zum 15. Juni des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren veröffentlicht.
⁶Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem zu beschließen und zu veröffentlichen.

(4) Abweichend von Absatz 3 Sätze 2 und 3 werden die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für das Erfassungsjahr 2021 vom G-BA auf Vorschlag des Instituts nach § 137a SGB V bis zum 31. Dezember 2020 beschlossen und veröffentlicht.

§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten

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

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

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

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

Bundesauswertungsstelle übermittelte Anzahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) zu vermerken.

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

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

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

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

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

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

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

(2) ¹Ergeben die Auswertungen Auffälligkeiten bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, erfolgt deren oder dessen Depseudonymisierung gegenüber der durchführenden Stelle nach Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 und es wird ihr oder ihm zunächst Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben („Stellungnahmeverfahren“). ²Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug durchgeführt werden. ³Es kann mehrstufig sein. ⁴Hierzu gehören neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis der Leistungserbringerin und des Leistungserbringers auch Begehungen. ⁵Das Stellungnahmeverfahren erfolgt unter der Verantwortung der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 3 und 4. ⁶Das 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. ⁷Soweit 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. ⁸Bei Stellungnahmeverfahren zu Ergebnissen auf Basis von Patientenbefragungen muss die Anonymität der befragten Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben. ⁹Konnten die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der Landesarbeitsgemeinschaft bzw. der Bundesstelle den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens. ¹⁰Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens informiert die Landesarbeitsgemeinschaft bzw. die Bundesstelle die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

(3) ¹Auf Basis der Bewertung der Ergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren beschließt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen und legt unter Beteiligung der in Absatz 1 Satz 3 und 4 jeweils genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen fest. ²Primär soll durch die in Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 genannte zuständige Stelle eine auf Beseitigung von verbleibenden Zweifeln gerichtete Vereinbarung mit den betreffenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, es sei denn es bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände. ³Als Inhalt einer Vereinbarung kommen beispielsweise in Betracht (Maßnahmenstufe 1):

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

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

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

⁴Die weitere Umsetzung der Empfehlungen nach Satz 3 Buchstabe b erfolgt bei kollektivvertraglich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten durch die zuständige KV/KZV, bei allen anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Rahmen der jeweiligen Vertragsbeziehungen.

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

(6) ¹Die Fachkommissionen empfehlen der LAG bzw. der Bundesstelle ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung der Durchführung sowie des Erfolgs der Maßnahmen. ²Folgt die LAG bzw. die Bundesstelle den Empfehlungen nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach § 19 bzw. im Bundesqualitätsbericht nach § 20 zu berichten.

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

(8) ¹Zur Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 2 bis 4 unterstützen die zuständige Datenannahme- und die Auswertungsstelle die zuständigen Stellen bei der Klärung der

Auffälligkeiten. ²Soweit erforderlich, wird der zuständigen Stelle die Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers ermöglicht.

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

(10) 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.

(11) ¹Das Stellungnahmeverfahren gemäß § 17 Absatz 2 wird bis zum 31. Oktober 2020 ausgesetzt. ²Abweichend 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) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erhalten zu den von ihnen übermittelten Daten und im Falle von Patientenbefragungen zu deren Ergebnissen Rückmeldeberichte. ²Die Bundesauswertungsstelle leitet die nach einheitlichen Vorgaben erstellten Berichte an die Datenannahmestellen weiter. ³Die Kenntnisnahme des Inhalts der Berichte durch die Datenannahmestellen ist nicht zulässig. ⁴Die jeweilige Datenannahmestelle sendet die Berichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. ⁵Es kann auch der Abruf von Berichten durch die Empfänger 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 auf Bundesebene und bei länderbezogenen Verfahren auch auf Landesebene enthalten.

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

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

(5) Der Rückmeldebericht ist den Empfängern elektronisch verfügbar und maschinenlesbar sowie -verwertbar unverzüglich nach dem jeweiligen Ende der Abgabefrist der Daten zu übermitteln.

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

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

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

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

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

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

§ 20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA

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

§ 21 Ablösung länderbezogener Verfahren

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

§ 22 Finanzierung

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

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

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

(4) ¹Die Finanzierung der zusätzlich entstehenden Aufwände für die Durchführung von Aufgaben nach dieser Richtlinie bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sowie Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten wird nicht in dieser Richtlinie geregelt, sondern gesondert gemäß § 87 SGB V vereinbart. ²Die Finanzierung der internen Dokumentation im Krankenhaus wird nicht in dieser Richtlinie geregelt, sondern ist nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG zwischen DKG und GKV-SV zu vereinbaren.

§ 23 Bindung der einbezogenen Organisationen

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

§ 24 Information der Patientinnen und Patienten

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

(2) ¹Im Falle einer Patientenbefragung enthalten die Befragungsunterlagen ausführliche Informationen über das Qualitätssicherungsverfahren, die Datenerhebung und insbesondere über die Patientenbefragung. ²Aus 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. ³Die Patientinnen und Patienten werden darauf hingewiesen, ausschließlich den Fragebogen zurückzusenden, ohne weitere personenidentifizierende Angaben hinzuzufügen und ohne das Anschreiben beizulegen. ⁴Sie 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

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

§ 26 Expertengremien auf Bundesebene

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

(2) ¹Die von diesen Gremien erarbeiteten Empfehlungen fließen in die Arbeitsergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V ein. ²Zu spezifischen Fragestellungen können weitere Expertinnen und 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 Fachexpertinnen und 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.
- (6) Die Übergangsregelung nach § 8a Absatz 11 gilt entsprechend für die Bundesfachgruppen nach § 18 QSKH-RL.

§ 27 Aussetzung der Datenlieferung für das Erfassungsjahr 2020 und 2021

¹Aufgrund der COVID-19-Pandemie werden die Datenlieferungen zum 28. Februar, 15. Mai, 15. August und 15. November für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 ausgesetzt. ²Die Verpflichtung zur Datenübermittlung für jeweils das gesamte Erfassungsjahr 2020 und 2021 bis spätestens zum Ablauf der Korrekturfrist zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres bleibt unberührt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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 der Richtlinie vor.

(2) Zur Verschlüsselung, Übermittlung und Pseudonymisierung der nach dieser Richtlinie 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) ¹Die elektronische Datenübermittlung erfolgt ausschließlich über gesicherte Übertragungskanäle. ²Dies setzt eine Authentifizierung des Absenders und eine Transportverschlüsselung der Daten voraus.

§ 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle

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

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

(2a) ¹Im 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 für die Datenprüfung und die Auswahl der Patientinnen und Patienten erforderlichen Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie und die für die Versendung der Fragebögen erforderlichen Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie getrennt entschlüsselt werden müssen und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Versendestelle sie entschlüsseln kann. ²Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie werden mit dem öffentlichen Schlüssel der Versendestelle verschlüsselt. ³Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie werden mit dem öffentlichen Schlüssel des organisatorisch unabhängigen Bereichs der Versendestelle verschlüsselt.

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

§ 3 Verfahren in der Datenannahmestelle

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

(2) ¹Die Datenannahmestelle erzeugt aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils ein Leistungserbringerpseudonym. ²Für die Pseudonymisierung nutzen die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 der Richtlinie das vom Institut nach § 137a SGB V vorgeschlagene Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, welches sicherstellt, dass die Datenannahmestellen den gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils das gleiche Pseudonym zuordnen. ³Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 7 (Vertrauensstelle) und Satz 8 (DAS-KK) der Richtlinie nutzen die öffentlichen Schlüssel der systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, die ihnen auf Anfrage von den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV), Satz 3 (LQS/LKG) und Satz 6 (LAG) der Richtlinie

übermittelt werden. ⁴Abweichend von Satz 1 legen die themenspezifischen Bestimmungen fest, ob die Datenannahmestelle für die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie die leistungserbringeridentifizierenden Daten pseudonymisieren oder anonymisieren soll. ⁵Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie ersetzt die krankenkassenidentifizierenden Daten durch ein Krankenkassen-Pseudonym, sofern in den themenspezifischen Bestimmungen nichts anderes vorgesehen ist.

(3) ¹Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 6 und Satz 8 der Richtlinie (KV/KZVen, LQS/LKG, LAG und DAS KK) verschlüsseln die Qualitätssicherungsdaten so, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle sie entschlüsseln kann. ²Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie (DAS KK) verschlüsselt das Krankenkassen-Pseudonym mit dem öffentlichen Schlüssel der Bundesauswertungsstelle. ³Alle Datenannahmestellen verschlüsseln das Leistungserbringer-pseudonym so, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle es entschlüsseln kann. ⁴Sie übermitteln die von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer oder von den Krankenkassen gelieferten, patientenidentifizierenden Daten, die verschlüsselten Qualitätssicherungsdaten, das verschlüsselte Leistungserbringerpseudonym und ggf. das verschlüsselte Krankenkassen-Pseudonym zusammen mit den verschlüsselten Ergebnissen der Prüfung an die Vertrauensstelle. ⁵Im Falle von Patientenbefragungen wird abweichend von Satz 3 und Satz 4 der Datensatz mit den Versendedaten 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) ¹Die Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie entschlüsselt die für die Datenprüfung und die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten erforderlichen Versendedaten gemäß Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a 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. ²Sie übermittelt über die Datenannahmestelle der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer ein Datenflussprotokoll zu den übermittelten Daten mit detaillierten Informationen über die Datenprüfungen.

(1a) Der organisatorisch unabhängige Bereich der Versendestelle entschlüsselt bei den für die Patientenbefragung ausgewählten Datensätzen die für die Versendung erforderlichen Daten gemäß Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie und übermittelt diese an die Versendestelle.

(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) ¹Die 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. ²Abweichend 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. ³Die Befragungsdaten werden anhand der Mapping-Tabelle einem Leistungserbringerpseudonym zugeordnet.

(2a) ¹Im Falle von Patientenbefragungen meldet die Bundesauswertungsstelle zur Kontrolle des Rücklaufs die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück. ²Dort findet der automatisierte Abgleich mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen statt.

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

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

§ 6 Auswertungen und Rückmeldeberichte

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

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

Zugriffsrechte auf die Datenbank bei der Bundesauswertungsstelle nach Teil 1 § 4 Absatz 7 der Richtlinie, welche die geprüften und patientenpseudonymisierten Daten enthält.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

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

- a) Indikationsstellung des Indexeingriffs
- b) Durchführung des Indexeingriffs sowie
- c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse
- d) prozessbegleitender Kommunikation, Koordination und Kontinuität in der Versorgung
- e) Patienteninformation und Entscheidungsbeteiligung
- f) Symptombelastung und Schmerzen

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

³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
- c) Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit
- d) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation, Koordination und Kontinuität der Versorgung
- e) Verbesserung der Patientenorientierung bezüglich Information und gemeinsamer Entscheidungsfindung
- f) Erfassung und Verbesserung der den Eingriff begründenden Symptomatik und der mit dem Eingriff assoziierten Schmerzen und Beschwerden aus Patientensicht.

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

§ 2 Eckpunkte

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

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

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

(4) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

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

(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

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

(2) Für die Patientenbefragung wird aus der Grundgesamtheit der in das Verfahren einbezogenen Patientinnen und Patienten bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit ausreichend hohen Fallzahlen eine Zufallsauswahl nach § 19 Absatz 2 (Stichprobe) getroffen.

§ 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 verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern
- b) den Krankenkassen und
- c) den Patientinnen und Patienten in Form von Patientenbefragungen.

²Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind der **Anlage II** zu entnehmen. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie und im Fall von Satz 1 Buchstabe a zusätzlich Versendedaten für Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie. ⁴Die Daten nach Satz 1 Buchstabe c sind Befragungsdaten aus Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2b der Richtlinie und werden in der Spezifikation nach Absatz 2 vorgegeben.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen sowie bezogen auf die Patientenbefragung Vorgaben für die Auswahl der Patientinnen und Patienten und die Befragungsunterlagen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums, vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) bei Leistungserbringerinnen und beim Leistungserbringer
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen
- c) Daten aus Patientenbefragungen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die 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 des Vorjahres (sowohl Kurzzeit- und Langzeit-Follow-up-Indikatoren)
- c) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungsdaten des Vorjahres gegebenenfalls auch eines längeren Erfassungszeitraumes.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten

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

die einen Indexeingriff erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) ¹Die Rückmeldeberichte für die 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 und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren

- e) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und 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 Indikatoreergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Vertragsärztlich tätige Belegärztinnen und Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden.²Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegärztin oder Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

(3) ¹Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.²Sie enthalten zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß **Anlage II Buchstabe c**.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatoregebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) ¹Bei dem Indikator 56026 (1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI) hat die Fachkommission bei ihrer Empfehlung an die Landesarbeitsgemeinschaft die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zu berücksichtigen.²Das Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 2 der Richtlinie ist daher in dieser Form nicht umsetzbar.³Das Verfahren der Aufklärung von

Auffälligkeiten und Einleitung von QS-Maßnahmen wird für diesen Fall durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach der ersten Datenauswertung festgelegt.

(2) 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

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

§ 15 Sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten gemäß **Anlage II Buchstabe a** des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der

Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter.⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen.⁷Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(1a) ¹Abweichend von Absatz 1 Sätze 1 bis 6 übermitteln die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die zum Zweck der Patientenbefragung erhobenen Daten gemäß **Anlage II Buchstabe c** aller im Vormonat entlassenen Patientinnen und Patienten mit Indexeingriff spätestens bis zum 7. Tag des Monats an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle.²Gemäß Anlage zu Teil 1 § 3 der Richtlinie prüft die Datenannahmestelle die Daten, tauscht die leistungserbringeridentifizierenden Daten gegen das Leistungserbringerpseudonym aus und übermittelt die Daten unverzüglich weiter an die Versendestelle.³Für die Daten besteht eine Korrekturfrist von sieben Tagen.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung.²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres beziehen, sowie die Ergebnisse der Patientenbefragung, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres sowie gegebenenfalls auch auf einen längeren Erfassungszeitraum beziehen.³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

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

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

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für die Erfassungsjahre 2016, 2017, 2018, 2019 und 2020 werden keine Vergütungsabschläge erhoben. ⁴Für die ersten zwölf Monate der Patientenbefragung werden bei fehlenden Datensätzen nach Anlage II Buchstabe c keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragung

(1) Die Versendestelle entschlüsselt und prüft die von den Datenannahmestellen übermittelten Daten unverzüglich gemäß § 7 und der Anlage zu Teil 1 § 4a Absatz 1 und 1a der Richtlinie.

(2) ¹Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie monatlich eine Zufallsstichprobe auf Basis der von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 und 2 der Richtlinie durchgeführten Indexeingriffe gezogen. ²Art und Umfang der Stichprobe sowie die technische Umsetzung entsprechen den Vorgaben gemäß § 5 Absatz 2. ³Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 15. Tag eines Monats bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der im Vormonat entlassenen bzw. behandelten Patientinnen und Patienten einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers. ⁴Für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr mindestens 200 Patientinnen und Patienten in die Stichprobe einzubeziehen bzw. für die Befragung auszuwählen (Stichprobenumfang). ⁵Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich, geschätzt anhand der Qualitätssicherungsdaten des Vorjahres, ist eine Vollerhebung durchzuführen. ⁶Die Bundesauswertungsstelle informiert die Versendestelle jährlich über die Fallzahlen der einzelnen pseudonymisierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. ⁷Liegen hierzu zu einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer keine Informationen vor, so führt die Versendestelle zunächst eine Vollerhebung durch und überprüft nach Ablauf von drei Monaten anhand der vorliegenden Fallzahlen, ob eine Stichprobenziehung angezeigt ist.

(3) ¹Die Zuordnung der korrekten Fragebogenversion anhand der Versendedata, die Erstellung und der Druck der Befragungsunterlagen mit Hilfe der vom organisatorisch unabhängigen Bereich bereitgestellten Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie gemäß den Vorgaben nach § 5 Absatz 2 und die Bereitstellung der

verschlossenen, adressierten Kuverts erfolgen unverzüglich nach der Stichprobenziehung.²Die Rücksendefrist für die Patientinnen und Patienten wird im Anschreiben angegeben und beträgt zehn Tage nach Versendung des Fragebogens.

(4) ¹Die Bundesauswertungsstelle meldet werktäglich die FB-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück. ²Die Versendestelle gleicht diese Informationen automatisiert mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen ab. ³Zwölf Tage nach Versand des Fragebogens erstellt die Versendestelle ein Erinnerungsschreiben (bestehend lediglich aus einem Anschreiben und dem Informationsblatt) an die Patientinnen und Patienten, von denen noch kein Fragebogen eingegangen ist und stellt dies zum Versand bereit. ⁴Wenn innerhalb von weiteren zwölf Tagen nach dem Versand des Erinnerungsschreibens noch kein Fragebogen bei der Bundesauswertungsstelle eingegangen ist, erstellt die Versendestelle eine weitere Sendung (bestehend aus Anschreiben, Informationsblatt, Fragebogen, Rücksendeumschlag) und stellt diese zum Versand bereit.

(5) ¹Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird in dem Zeitraum zwei Wochen bis zwölf Wochen nach erfolgtem Indexeingriff durchgeführt. ²Fragebögen, die nach Verstreichen der festgelegten Ausschlussfrist beim Institut nach § 137a SGB V eintreffen, werden von der Auswertung ausgeschlossen.

(6) ¹Die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle erfolgt jeweils zum 20. April, 20. Juli, 20. November und 20. Januar bezogen auf das vorangegangene Quartal. ²Die Mapping-Tabelle enthält auch die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden behandlungsspezifischen Daten und gegebenenfalls Informationen zur Stornierung des entsprechenden fallbezogenen Datensatzes.

(7) Zum Zweck der Vollzähligkeitskontrolle (Soll-Ist-Abgleich) gemäß Teil 1 § 15 Absatz 6 übermittelt die Versendestelle jeweils zum 20. April, 20. Juli, 20. November und 20. Januar eine Tabelle an die Bundesauswertungsstelle, die die Anzahl der eingegangenen Patientendatensätze je Leistungserbringerpseudonym und Angaben zu von der jeweiligen Leistungserbringerin oder vom jeweiligen Leistungserbringer stornierten Datensätzen an die Bundesauswertungsstelle enthält.

(8) ¹Für einen Zeitraum von viereinhalb Jahren wird die Patientenbefragung erprobt, um die Methoden der Datenerfassung und der Aufklärung und Bewertung von Auffälligkeiten und die Rückmeldung der Ergebnisse an die Stellen auf Landesebene und die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu optimieren. ²Gegenstände der Erprobung sind daher insbesondere die Funktionalität und Praktikabilität der Datenerfassung, die Gestaltung der Rückmeldeberichte nach § 10 und der länderbezogenen Auswertungen nach § 11, Bewertung und Aufklärung der Auffälligkeiten und die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens. ³Die Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Erhebung und Übermittlung der Daten nach Anlage II Buchstabe c zu Zwecken der Patientenbefragung beginnt an einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2021 in dieser Richtlinie festzulegenden Datum, an dem auch die Erprobung beginnt. ⁴Für den Zeitraum der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie festgelegt. ⁵Die ersten sechs Monate dienen der Erprobung der Datenerhebung und des Datenflusses. ⁶Zum ersten vollständigen Erfassungsjahr werden keine Stellungnahmeverfahren nach § 12 durchgeführt, zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die Fachkommissionen jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen. ⁷Ab dem zweiten vollständigen Erfassungsjahr führen die

Fachkommissionen bei ausreichender Datengrundlage Stellungnahmeverfahren nach § 12 durch und empfehlen Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 3 der Richtlinie.⁸ Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 4 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 4 der Richtlinie empfohlen werden.⁹ Bei Durchführung von Stellungnahmeverfahren sowie der Empfehlung von Maßnahmen ist unter anderem zu beachten, dass die Aufklärung rechnerischer Auffälligkeiten durch Einzelfallbetrachtungen nicht möglich ist und ausschließlich die Grundgesamtheit eines Indikators betrachtet werden kann.¹⁰ Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung.¹¹ Das Institut nach § 137a SGB V erhebt die hierfür notwendigen Informationen von den Verfahrensbeteiligten jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres der Erprobung und erstellt für den G-BA auf Basis dieser Informationen jeweils bis zum 15. Januar des Folgejahres einen Bericht.¹² Der G-BA entscheidet auf Basis dieser Berichte jeweils bis zum 30. April des Jahres der Berichterstellung über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen.¹³ Sofern der G-BA keine andere Entscheidung trifft, endet die Erprobung 54 Monate nach dem gemäß Satz 3 festgelegten Beginn.

§ 20 Übergangsregelung

¹Diese Richtlinie ist auf die weitere Durchführung und den Abschluss von QS-Verfahren 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.² 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.

Anlage I: Indikatorliste (QS PCI)

| | |
|---------------|---|
| 1 | Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie |
| Indikator-ID | 56000 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil 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 den Anteil an 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 | „Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt |
| Indikator-ID | 56003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil 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 wurden. |
| Qualitätsziel | Möglichst niedrige „Door-to-balloon“-Zeit |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 4 | „Door“-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt |
| Indikator-ID | 56004 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an 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 |
| 5 | Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ² |
| Indikator-ID | 56005 |

| | |
|---------------|--|
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy*cm ² an allen isolierten Koronarangiographien mit bekanntem Flächendosisprodukt. |
| Qualitätsziel | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 6 | Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm² |
| Indikator-ID | 56006 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy*cm ² an allen isolierten PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt. |
| Qualitätsziel | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 7 | Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm² |
| Indikator-ID | 56007 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI mit einem Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy*cm ² an allen Einzeitig-PCI mit bekanntem Flächendosisprodukt. |
| Qualitätsziel | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 8 | 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 |
| 9 | Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml |
| Indikator-ID | 56009 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten Koronarangiographien, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel appliziert wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Kontrastmittelmenge |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 10 | Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml |
| Indikator-ID | 56010 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an isolierten PCI, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel appliziert wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Kontrastmittelmenge |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 11 | Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml |
| Indikator-ID | 56011 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Einzeitig-PCI, bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel appliziert wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Kontrastmittelmenge |

| | |
|---------------|--|
| Indikatorotyp | Prozessindikator |
| 12 | Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen |
| Indikator-ID | 56012 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil therapiebedürftiger (Thrombininjektion, Transfusion oder chirurgische Intervention) Blutungen sowie anderer punktionsnaher Komplikationen (Gefäßthrombose oder Aneurysma spurium) bis zum einschließlich 7. postprozeduralen Tag nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, PCI und Einzeitig-PCI. |
| Qualitätsziel | Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, PCI und Einzeitig-PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein |
| Indikatorotyp | Ergebnisindikator |
| 13 | 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 häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI |
| Indikatorotyp | Ergebnisindikator |
| 14 | Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI |
| Indikator-ID | 56016 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst alle PCI, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI |
| Indikatorotyp | Ergebnisindikator |
| 15 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie |
| Indikator-ID | 56018 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind |
| Qualitätsziel | Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein |
| Indikatorotyp | Ergebnisindikator |
| 16 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI |
| Indikator-ID | 56020 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die eine PCI erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind. |

| | |
|---------------|---|
| Qualitätsziel | Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 17 | MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt |
| Indikator-ID | 56022 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind. |
| Qualitätsziel | Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 18 | 30-Tage-Sterblichkeit bei PCI |
| Indikator-ID | 56024 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 30. postprozeduralen Tag nach PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI). |
| Qualitätsziel | Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 19 | 1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI |
| Indikator-ID | 56026 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an verstorbenen Patientinnen und Patienten bis zum 365. postprozeduralen Tag nach PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI). |
| Qualitätsziel | Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 20 | Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI |
| Indikator-ID | 56100 |
| Beschreibung | Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 21 | Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie |
| Indikator-ID | 56101 |
| Beschreibung | Der Indikator misst, ob die Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass mit der Herzkatheteruntersuchung festgestellt werden soll, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird, ob vor der Untersuchung eine Bypass-Operation oder eine andere Operation oder Eingriff am Herzen geplant war und inwieweit vor der Durchführung der Koronarangiografie eine Belastung durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat. |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen über die Ziele und Folgen der Koronarangiografie informiert werden (Klärung, ob ein Stent oder eine Bypass-Operation benötigt wird bzw. eine Bypass-Operation oder eine andere Operation/Eingriff am Herzen geplant ist, die damit verbunden ist). Außerdem sollen Patientinnen und Patienten Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene Indikation aus Patientensicht abgeleitet werden kann. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 22 | Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur |
| Indikator-ID | 56102 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst, ob die Patientinnen und Patienten nach einer elektiven Koronarangiografie bzw. PCI (isoliert, einzeitig) direkt bei Entlassung einen Termin für eine Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten haben. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen unmittelbar nach der Prozedur keinen Termin für eine weitere Koronarangiografie zur routinemäßigen Nachkontrolle erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 23 | Prozessbegleitende Koordination der Versorgung |
| Indikator-ID | 56103 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern die prozessbegleitende Koordination zwischen dem Pflege- und Assistenzpersonal widerspruchsfrei ablief und inwiefern es Patientinnen und Patienten ermöglicht wurde, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten mitzunehmen. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen vom Pflege- und Assistenzpersonal Informationen erhalten, die mit denen der Ärztinnen und Ärzte übereinstimmen. Außerdem soll Patientinnen und Patienten bei Bedarf ermöglicht werden, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in Gespräche mit einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 24 | Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals |
| Indikator-ID | 56104 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 25 | Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte |

| | |
|---------------|--|
| Indikator-ID | 56105 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten gemacht haben. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 26 | Patienteninformation vor der elektiven Prozedur |
| Indikator-ID | 56106 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über den Hintergrund der geplanten Prozedur sowie möglichen Alternativen und Folgen aufgeklärt wurden, sodass sie bewusst der Behandlung zustimmen können. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen umfassend über die Zielsetzung, Behandlungsalternativen, die therapeutische Konsequenz, den Ablauf der Prozedur einschließlich zu erwartender Schmerzen, den Ablauf der Nachbeobachtung, die Möglichkeit eines einzeitigen Eingriffs oder dass es möglich ist, auf Wunsch eine Sedierung zu erhalten, aufgeklärt werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 27 | Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur |
| Indikator-ID | 56107 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation). Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 28 | Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten |
| Indikator-ID | 56108 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie bzw. PCI das Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess erhalten haben. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden. Der Indikatorwert soll hoch sein. |

| | |
|---------------|---|
| Indikatorotyp | Prozessindikator |
| 29 | Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur |
| Indikator-ID | 56109 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten. |
| Qualitätsziel | Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatorotyp | Prozessindikator |
| 30 | Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur |
| Indikator-ID | 56110 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie z. B. durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin / den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatorotyp | Prozessindikator |
| 31 | Patienteninformation nach der Prozedur |
| Indikator-ID | 56111 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben worden. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten bei Bedarf über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatorotyp | Prozessindikator |
| 32 | Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI |
| Indikator-ID | 56112 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter |

| | |
|---------------|---|
| | Unterbrechung, sowie Art und Dosierung der Medikation). Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 33 | Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI |
| Indikator-ID | 56113 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert wurden. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 34 | Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI |
| Indikator-ID | 56114 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation bzw. ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 35 | Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung |
| Indikator-ID | 56115 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 36 | Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle |
| Indikator-ID | 56116 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 37 | Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur |

| | |
|---------------|---|
| Indikator-ID | 56117 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 38 | Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI |
| Indikator-ID | 56118 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde. |
| Qualitätsziel | Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren. Der Indikatorwert soll hoch sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Status des Leistungserbringers | X | | X | X |
| 10 | Art der Leistungserbringung | X | | X | X |
| 11 | Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch) | X | | X | |
| 12 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 13 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung-s-bezogene Gründe |
| 14 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 15 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 16 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 17 | behandelnder bzw. verbringender Standort (OPS) | X | X | X | |
| 18 | Fachabteilung | X | | | |
| 19 | Betriebsstättennummer ambulant | X | X | X | X |
| 20 | Nebenbetriebsstättennummer | X | X | X | |
| 21 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴ | X | X | X | X |
| 22 | Geburtsjahr ⁵ | X | X | X | X |
| 23 | Geschlecht | X | | X | |
| 24 | Aufnahmedatum (stationär) | X | X | | |
| 25 | Zustand nach koronarer Bypass-OP | | X | X | |
| 26 | Ejektionsfraktion unter 40% | | X | X | |
| 27 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt | | X | X | |
| 28 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht • Körpergewicht unbekannt | | X | X | |
| 29 | postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt | | X | X | X |
| 30 | Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts | | X | X | |
| 31 | postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall | | X | X | X |
| 32 | Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls | | X | | |
| 33 | postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI | | X | X | X |

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 werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁵ In der QS-Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung-s-bezogene Gründe |
| 34 | Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation | | X | | |
| 35 | postprozedurale Transfusion | | X | X | X |
| 36 | Datum der postprozeduralen Transfusion | | X | | |
| 37 | postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah) | | X | X | X |
| 38 | Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah) | | X | | |
| 39 | Entlassungsdatum | X | | | |
| 40 | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ⁶ | X | | X | |
| 41 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur] | | | | X |
| 42 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur] | X | | | X |
| 43 | Vorgangsnummer, GUID [Prozedur] | X | | | X |
| 44 | Versionsnummer [Prozedur] | | | | X |
| 45 | Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)? | | | X | X |
| 46 | Datum der Prozedur | X | X | | |
| 47 | Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant) ⁷ | X | | X | X |
| 48 | akutes Koronarsyndrom | | X | X | X |
| 49 | Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms | | X | X | |
| 50 | Angina pectoris | | X | X | |
| 51 | objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen | | X | X | |
| 52 | Zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik | | X | X | |
| 53 | Herzinsuffizienz (nach NYHA) | | X | X | X |

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung-s-bezogene Gründe |
| 54 | kardiogener Schock | | X | X | |
| 55 | Art der Prozedur | | X | X | X |
| 56 | Gebührenordnungsposition (GOP) | X | | X | |
| 57 | Dringlichkeit der Prozedur | | X | X | X |
| 58 | <ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l Kreatininwert i.S. unbekannt | | X | X | |
| 59 | Dialysepflicht | | X | X | |
| 60 | Fibrinolyse vor der Prozedur | | X | X | |
| 61 | Dosis-Flächen-Produkt bekannt | | X | X | X |
| 62 | Dosis-Flächen-Produkt | | X | X | |
| 63 | applizierte Kontrastmittelmenge | | X | X | |
| 64 | intraprozedural auftretende Ereignisse | | | X | X |
| 65 | <ul style="list-style-type: none"> koronarer Verschluss TIA/Schlaganfall Exitus im Herzkatheterlabor sonstige | | X | X | |
| 66 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarangiographie] | | | | X |
| 67 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie] | X | | | X |
| 68 | Vorgangsnummer, GUID [Koronarangiographie] | X | | | X |
| 69 | Versionsnummer [Koronarangiographie] | | | | X |
| 70 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie] | | | | X |
| 71 | Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)? | | | | X |
| 72 | führende Indikation für diese Koronarangiographie | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung s-bezogene Gründe |
| 73 | Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] ⁸ | X | | X | |
| 74 | führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter | | X | X | |
| 75 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI] | | | | X |
| 76 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI] | X | | | X |
| 77 | Vorgangsnummer, GUID [PCI] | X | | | X |
| 78 | Versionsnummer [PCI] | | | | X |
| 79 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI] | | | | X |
| 80 | Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)? | | X | | X |
| 81 | Indikation zur PCI | | X | X | X |
| 82 | Ist STEMI Hauptdiagnose? | | X | X | X |
| 83 | Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI] | X | | X | |
| 84 | <ul style="list-style-type: none"> • PCI an Hauptstamm • PCI an LAD • PCI an RCX • PCI an RCA | | X | X | |
| 85 | PCI mit besonderen Merkmalen | | | X | X |
| 86 | <ul style="list-style-type: none"> • PCI am kompletten Gefäßverschluss • PCI eines Koronarbypasses • PCI am ungeschützten Hauptstamm • PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA • PCI am letzten verbliebenen Gefäß • PCI an einer In-Stent-Stenose • PCI an einer Bifurkationsstenose • sonstige | | X | X | |

⁸ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung-s-bezogene Gründe |
| 87 | wesentliches Interventionsziel erreicht | | X | X | |
| 88 | erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß | | X | X | |
| 89 | Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt? | | X | X | X |
| 90 | Door-Zeitpunkt (Datum) | | X | | |
| 91 | Door-Zeitpunkt (Uhrzeit) | | X | | |
| 92 | Balloon-Zeitpunkt (Datum) | | X | | |
| 93 | 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 Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| § 301 (Krankenhäuser) | | | | | | |
| 1 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹ | source(301)@quelle | | | | X |
| 2 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ² | cp_type(301.Entlassungsanzeige.FK T.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 3 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³ | state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |

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 Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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@entgrund | | | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | 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 ('+', '*', '#', '!', '-'); 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_s ek | X | X | X | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | |
| 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_s ek | X | X | X | |
| 13 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|--|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe |
| 14 | Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden) | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operat ionstag@datum | X | X | | |
| 15 | Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachab teilung@fachabteilung | | | X | |
| 16 | Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴ | inpatient_interrupt(301.Entlassung sanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrechu ng | | | X | |
| § 301 (AMBO) | | | | | | |
| 17 | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵ | source(kh_ambo)@quelle | | | | X |
| 18 | Art der Identifikationsnum- mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶ | cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 19 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷ | state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 20 | IK der behandelnden Einrichtung | kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer | X | X | | |
| 21 | Tag des Zugangs | kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum | X | | | |

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 Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 22 | Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | X | | X | |
| 23 | Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit | | | X | |
| 24 | Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek | X | | X | |
| 25 | Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek | | | X | |
| 26 | Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸ | ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm | X | X | X | |
| 27 | Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen | kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum | X | | | |

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | |
| 39 | Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen! | 295k.LED.5/5.3.2@datum | X | X | | |
| 40 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops | X | X | X | |
| § 284 (Stammdaten) | | | | | | |
| 41 | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 42 | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | | X | |
| 43 | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | | |
| 44 | Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte) | Stamm@V | X | X | | |
| 45 | Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹² | Stamm@versicherungsdatum | | | | X |

¹² 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 Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 46 | Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal | Stamm@versicherungsstatus | | | X | X |
| § 300 (Apotheken) | | | | | | |
| 47 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³ | source(300)@quelle | | | | X |
| 48 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴ | cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art | | | | X |
| 49 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵ | kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion | | | X | X |
| 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 | |
| § 295 (selektivvertraglich) | | | | | | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 56 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁶ | source(295s)@quelle | | | | X |
| 57 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art | | | | X |
| 58 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁸ | kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion | | | X | X |
| 59 | BSNR der Praxis | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer | X | X | | |
| 60 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁹ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art | | | | X |
| 61 | Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ²⁰ | state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland | | | X | X |
| 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 | | | |

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 Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 65 | Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V) | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd | X | | | |
| 66 | Sicherheit der Diagnose | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit | | | X | |
| 67 | Datum der Diagnose | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum | X | | | |
| 68 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops | X | X | X | |
| 69 | Datum der Prozedur | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum | X | X | | X |
| Administrative Daten | | | | | | |
| 70 | IKNR der Krankenkasse ²¹ | Admin@kasseiknr | X | | | X |
| 71 | Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei | sequential_nr(Admin)@lfdnr | | | | X |

²¹ Die IKNR der Krankenkasse wird durch die Datenannahmestelle der Krankenkassen pseudonymisiert. Die Bundesauswertestelle erhält keine IKNR der Krankenkasse, sondern ein Pseudonym.

c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und 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 *** | Status des Leistungserbringers | X | | | X |
| 10 *** | Art der Leistungserbringung | X | | | X |
| 11 * | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 12 * | GKV-Versichertenstatus ² | X | | | X |
| 13 ** | Titel | | | | X |
| 14 ** | Vorsatzwort | | | | X |
| 15 ** | Namenszusatz | | | | X |
| 16 ** | Nachname | | | | X |
| 17 ** | Vorname | | | | X |
| 18 ** | Adresszusatz | | | | X |
| 19 ** | Straße und Hausnummer | | | | X |

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

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

78

Information zum Export und zur Entschlüsselung:

- * Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.
- ** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.
- *** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.
- **** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung sbezogene Gründe |
| 20 ** | Postleitzahl | | | | X |
| 21 ** | Wohnort | | | | X |
| 22 **** | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 23 **** | behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS) | X | X | | |
| 24 **** | Betriebsstättennummer ambulant | X | X | | |
| 25 **** | Nebenbetriebsstättennummer | X | X | | |
| 26 * | Geschlecht | X | | | X |
| 27 * | Aufnahmedatum (stationär) | X | | | |
| 28 * | Entlassungsdatum | X | | | |
| 29 * | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur] | | | | X |
| 30 * | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur] | X | | | X |
| 31 * | Vorgangsnummer, GUID [Prozedur] | X | | | X |
| 32 * | Versionsnummer [Prozedur] | | | | X |
| 33 * | Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)? | | | | X |
| 34 * | Datum der Prozedur | X | | | X |
| 35 **** | Art der Prozedur | | X | | X |
| 36 * | Gebührenordnungsposition (GOP) | X | | | |
| 37 * | Dringlichkeit der Prozedur | | | | X |
| 38 * | Patient verstorben | X | | | |
| 39 * | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie] | | | | X |
| 40 * | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarangiographie] | X | | | X |
| 41 * | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |

Information zum Export und zur Entschlüsselung:

- * Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.
- ** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.
- *** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.
- **** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung sbezogene Gründe |
| | [Koronarangiographie] | | | | |
| 42 * | Versionsnummer [Koronarangiographie] | | | | X |
| 43 * | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie] | | | | X |
| 44 * | Wieviele diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)? | | | | X |
| 45 * | Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie] | X | | | X |
| 46 * | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [PCI] | | | | X |
| 47 * | Vorgangsnummer, menschenlesbar [PCI] | X | | | X |
| 48 * | Vorgangsnummer, GUID [PCI] | X | | | X |
| 49 * | Versionsnummer [PCI] | | | | X |
| 50 * | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI] | | | | X |
| 51 * | Wieviele PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)? | | | | X |
| 52 * | Operationen- und Prozedurenschlüssel [PCI] | X | | | X |

Information zum Export und zur Entschlüsselung:

- * Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.
- ** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b der Richtlinie zugeordnet. Es wird ausschließlich für den Zweck des Versandes nach der Stichprobenziehung entschlüsselt. Es verbleibt in der Versendestelle Patientenbefragung und wird nicht an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.
- *** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Diese Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.
- **** Dieses Datenfeld ist den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie zugeordnet. Dieses Datenfeld wird in der jeweiligen Datenannahmestelle pseudonymisiert. Die Bundesauswertungsstelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird innerhalb der Mapping-Tabelle an die BAS übertragen. Ein separater Datensatz im XML-Format wird nicht übermittelt.

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

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

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

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

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

(5) ¹Das Verfahren hat insbesondere folgende Ziele:

- a) Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen
- b) Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements
- c) Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) ¹Unter nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden stationär behandelte Wundinfektionen verstanden, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff ohne Implantat bzw. innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff mit Implantat auftreten. ²Die Festlegung, welcher Eingriff als „Eingriff mit Implantat“ ausgewertet wird, ist den Rechenregeln gemäß Teil 1 § 14a der Richtlinie zu entnehmen.

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

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden.

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

(5) 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Erforderliche Daten gemäß § 299 SGB V

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

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

patientenbezogener Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie erfolgt daher nicht.

- b) ¹Der Zähler der Wundinfektionsraten bezeichnet alle im Rahmen der Nachbeobachtung bei stationärer Behandlung festgestellten Wundinfektionen. ²Zur Berechnung des Zählers ist die Erhebung von Daten zu potentiellen postoperativen Wundinfektionen, die zeitlich (30 Tage oder 90 Tage) nach den in Buchstabe a genannten Operationen auftreten, erforderlich. ³Hierzu werden Sozialdaten bei den Krankenkassen (**Anlage II Buchstabe b**) genutzt. ⁴Zu diesen potenziellen postoperativen Wundinfektionen sind die Krankenhäuser verpflichtet, Daten zu verarbeiten (**Anlage II Buchstabe c**). ⁵Bei diesen Daten werden patientenbezogene Daten entsprechend Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie verarbeitet und nach Pseudonymisierung zur Verknüpfung von Daten genutzt.

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

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

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

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

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

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

- (1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von
- a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und
 - b) den Krankenkassen.

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

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die fallbezogene Spezifikation muss erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen. ⁵Die Spezifikationen werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

(3) Für die Erhebung der nach § 3 Absatz 2 erforderlichen Daten stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich eine Dokumentationsverpflichtung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte fest und informieren diese frühestmöglich über ihre Dokumentationsverpflichtung.

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

§ 6 Datenflussverfahren

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

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

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

Aufwände für die Bereitstellung und den Betrieb der Anwendungen nach Satz 1 verwendet werden.

§ 7 Datenprüfung

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

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

¹Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie werden die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Indikatoren der **Anlage I Buchstabe b** bzw. deren Kennzahlen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen (Exportdatenfelder nach **Anlage II Buchstaben d und e**) sowie der einrichtungsbezogenen Spezifikation nach § 5 Absatz 2 im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen. ²Sie werden ebenso nach Beschlussfassung zusammen mit der einrichtungsbezogenen Spezifikation in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums, vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

(1) ¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten einer fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (Anlage II Buchstabe c)
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen (Anlage II Buchstabe a und b)
- c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für stationär operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe d)
- d) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für ambulant operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe e).

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie.

(2) ¹Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ²Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres
- b) Wundinfektionsraten nach Implantat- Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres
- c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht erhalten

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

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

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertung der Indices zum Hygiene- und Infektionsmanagement im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation
- d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- g) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- h) Vertragsärztlich tätige Belegärztinnen und Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen. ²Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegärztin oder Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- e) die Auswertungen der einzelnen Kennzahlen bzw. Transparenzkennzahlen zu den Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) ¹Grundsätzlich ist in das Stellungnahmeverfahren von am Krankenhaus vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten bzw. ermächtigten Ärztinnen und Ärzten das jeweilige Krankenhaus mit einzubeziehen. ²Gleichfalls sind die vertragsärztlich tätigen Belegärztinnen und Belegärzte oder ermächtigten Ärztinnen und Ärzte bei Auffälligkeiten im jeweils kooperierenden Krankenhaus in das Stellungnahmeverfahren einzubeziehen. ³Dafür stellen die vertragsärztlich tätigen Belegärztinnen und Belegärzte und die ermächtigten Ärztinnen und 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) 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.

(4) 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

¹Die Fachkommissionen bestehen aus folgenden Vertreterinnen und Vertretern nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie:

- a) zwei stationär operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 1 genannten Fachgebiete

- b) zwei ambulant operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete (Krankenhaus/Vertragsarzt/MVZ)
- c) einer Hygienikerin oder einem Hygieniker und einer Hygienefachkraft aus dem Krankenhausbereich
- d) einer Hygienikerin oder einem Hygieniker oder einer Hygienefachkraft aus dem vertragsärztlichen Bereich
- e) einer Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses
- f) einer Kodierexpertin oder einem Kodierexperten für operative Fachgebiete
- g) einer fachärztlichen Vertreterin oder einem fachärztlichen Vertreter der Krankenkassen aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete.

²Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ³Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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.
- (3) Während der Erprobungsphase kann das Institut nach § 137a SGB V bei einem Mangel an Fachexpertinnen und Fachexperten im sektorenübergreifenden Expertengremium QS WI auf stationäre und vertragsärztliche Expertinnen und Experten der bestehenden Fachkommissionen auf Länderebene zurückgreifen.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr

hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

(3) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 15. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie. ²Die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie für die einrichtungsbezogene Dokumentation ist spätestens bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ³Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten bis zum 22. Februar mit einer Prüffrist der Bundesauswertungsstelle bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter. ⁴Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) und die Anzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die wegen einer dauerhaften Beendigung der Erbringung der nach § 1 Absatz 1 und 2 maßgeblichen Operationen im Laufe des Erfassungsjahres keine einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 dokumentiert haben, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorjahres.

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

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

§ 137a SGB V in Abstimmung mit den Landesarbeitsgemeinschaften erstellt und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. ³Für die Dauer des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Begleitende Erprobung

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

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

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

- i) Entwicklung und Festlegung von einheitlichen Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 12
- j) Zusammensetzung der Fachkommission nach § 14

zum Ziel.

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

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

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

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

§ 20 Übergangsregelung

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

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

(3) ¹Für das Erfassungsjahr 2020 wird die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation gemäß § 3 Absatz 2 (**Anlage II Buchstaben d und e**) für alle Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen ausgesetzt. ²Für das Erfassungsjahr 2021 wird die fallbezogene QS-Dokumentation gemäß § 3 Absatz 1 Buchstabe b (**Anlage II Buchstabe c**) für die Krankenhäuser ausgesetzt. ³Ebenso werden für 2021 die Sozialdatenlieferungen gemäß § 3 Absatz 1 Buchstaben a und b (**Anlage II Buchstaben a und b**), die sich auf das Erfassungsjahr 2021 beziehen, ausgesetzt. ⁴Aufgrund dessen verlängert sich der Zeitraum der Erprobung gemäß § 19 um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2022.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I: Indikatorlisten (QS WI)

a) Indikatorenliste Wundinfektionen

| | |
|---------------|--|
| 1 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 1500 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 1501 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 1502 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 1503 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach ambulanten Tracer-Eingriffen mit Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 2500 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|---|
| 6 | Nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 2501 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Rate an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 2502 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Rate an tiefen, nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 2503 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Rate an tiefen, nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 2504 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 10 | Postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Operationen (Implantat-Operationen) |
| Indikator-ID | 2505 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale, postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) nach stationären Tracer-Eingriffen mit Implantat. |
| Qualitätsziel | Die Anzahl an nosokomialen, postoperativen Wundinfektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) soll gering sein. |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

**b) Indikatorenliste der Indices Hygiene- und Infektionsmanagement
(ambulant und stationär)**

| | | |
|---------------|---|---|
| 1 | | Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Einrichtungen |
| Indikator-ID | 1000 | |
| Beschreibung | <p>Der Indikator setzt sich aus neun Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe", • "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie", • "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff", • "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien", • "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes", • "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel", • "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie", • "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion", • "Durchführung von Compliance-Überprüfungen in der ambulanten Versorgung" <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements ambulant operierender Einrichtungen beziehen.</p> | |
| Qualitätsziel | Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch das Erreichen der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen. | |
| Indikatorotyp | Prozessindikator | |
| 2 | | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen |
| Indikator-ID | 2000 | |
| Beschreibung | <p>Der Indikator setzt sich aus neun Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe", • "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie", • "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff", • "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien", • "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes", • "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel", • "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie", • "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion", • "Durchführung von Compliance-Überprüfungen in der stationären Versorgung" <p>zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements stationär operierender Einrichtungen beziehen.</p> | |

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| § 301 (Krankenhäuser) | | | | | | |
| 1 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹ | source(301)@quelle | | | | X |
| 2 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ² | cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 3 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³ | state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 4 | IK der behandelnden Einrichtung | 301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer | X | X | X | |
| 5 | Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum | X | | X | |

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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 6 | Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.) | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund | | 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 | |
| 8 | Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifika- tion | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene 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 | |
| 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 | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifika- tion | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe |
| 12 | Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Seku ndär- Diagnose.Lokalisation@lokalisatio n_sek | X | X | X | |
| 13 | Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '- '); Behandlungsrele- vante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnos e zu liefern | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Neb endiagnose.Diagnoseschlüssel@ic d | | X | X | |
| 14 | Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Neb endiagnose.Lokalisation@lokalisati on | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 15 | Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, 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.NDG.Sek undär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek | | X | X | |
| 16 | Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sek undär-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 Krankenhausfalls | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 21 | Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴ | inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung | | X | X | |
| § 301 (AMBO) | | | | | | |
| 22 | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵ | source(kh_ambo)@quelle | | | | X |
| 23 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶ | cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 24 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷ | state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 25 | IK der behandelnden Einrichtung | kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer | X | | X | |
| 26 | Tag des Zugangs | kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum | X | | X | |

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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | |
| 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 | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 33 | Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸ | ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm | X | | X | |
| 34 | Datum der Leistung (OP/Behandlung) ; falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen | kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum | X | | X | |
| 35 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung) | kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops | X | X | X | |
| 36 | Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B) | kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisierung | X | X | X | |
| 37 | Datum der Prozedur | kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum | X | X | | |
| § 295 (kollektivvertraglich) | | | | | | |
| 38 | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹ | source(295k)@quelle | | | | X |
| 39 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰ | cp_type(295k.INL.1/1.2)@art | | | | X |
| 40 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹ | kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion | | | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifika- tion | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe |
| 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 Behandlungsdatu m im Quartal | 295k.RND.Behandlungszeitraum.3 /3.3.1@beginndatum | X | | X | |
| 45 | Letztes Behandlungsdatu m 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@lokali- sation | X | X | X | |
| 48 | Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z) | 295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@siche- rheit | | X | X | |
| 49 | Liste der Gebührenordnun- gs-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 | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|--|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifika- tion | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe |
| 51 | NBSNR Nebenbetriebs- stätte des Ortes der Leistungserbring- ung (falls ungleich BSNR) | 295k.LED.5/5.2.1@nummer | X | X | | |
| 52 | Art der Identifikationsnu- mmer des Leistungserbringe- rs (IKNR/BSNR) ¹² | cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art | | | | X |
| 53 | KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³ | kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregi- on | | | X | X |
| 54 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7 .1.1@ops | X | X | X | |
| 55 | Seitenlokalisierung der durchgeführten OP | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7 .1.2@lokalisierung | X | X | X | |
| § 295 (selektivvertraglich) | | | | | | |
| 56 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴ | source(295s)@quelle | | | | X |
| 57 | Erster Tag des Abrechnungszeit- raums | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnun- gszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginnd atum | X | | X | |

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

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

¹⁴ 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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 58 | Letzter Tag des Abrechnungszeitraums | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum | X | | X | |
| 59 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art | | | | X |
| 60 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶ | kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion | | | X | X |
| 61 | Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR | specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe | X | | | |
| 62 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art | | | | X |
| 63 | Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸ | state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland | | | X | X |
| 64 | BSNR der Praxis | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer | X | | X | |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifika- tion | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe |
| 65 | Institutionskenn- zeichen des Leistungserbringe- rs | 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.Operation sschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops | X | | X | |
| 67 | Seitenlokalisierung der durchgeführten OP | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operation sschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung | X | X | X | |
| 68 | Liste der ICD- Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V) | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6 /6.2.1 Diagnose, codiert@icd | | X | X | |
| 69 | Sicherheit der Diagnose | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6 /6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit | | X | X | |
| 70 | Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B) | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6 /6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung | X | X | X | |
| § 284 (Stammdaten) | | | | | | |
| 71 | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 72 | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | | X | |
| 73 | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | X | |

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

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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| § 301 (Krankenhäuser) | | | | | | |
| 1 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹ | source(301)@quelle | | | | X |

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 2 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ² | cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 3 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ³ | state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 4 | IK der behandelnden Einrichtung | 301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer | X | X | X | |
| 5 | Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum | X | | X | |
| 6 | Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.) | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund | | 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 | |

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- identifi- kation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 8 | Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungs- ende, Verlegung, Tod etc.) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Entla- ssungs- /Verlegungsgrund@entlgrund | | X | X | |
| 9 | Hauptdiagnose bei Entlassung/Verle- gung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrele- vante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnos- e zu liefern | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Haup- tdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | | X | X | |
| 10 | Seitenlokalisierung der Hauptdiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Haup- tdiagnose.Lokalisation@lokalisati- on | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 11 | 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 | |
| 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 Sekundär Diagnose zu liefern | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifi- kation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 14 | Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Neb endiagnose.Lokalisation@lokalisat ion | X | X | X | |
| 15 | Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix (+', '*', '#', '!', '.- '); Sekundärdiagno- sen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sek undär- Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_ sek | | X | X | |
| 16 | Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sek undär- Diagnose.Lokalisation@lokalisatio n_sek | X | X | X | |
| 17 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Oper ation.Prozedurenschlüssel@ops | X | X | X | |
| 18 | Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Oper ation.Lokalisation@lokalisierung | X | X | X | |
| 19 | Tag der gelieferten OPS- Leistung (erst ab 2013 vorhanden) | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Oper ationstag@datum | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|--|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifi- kation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 20 | Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalle s | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Facha bteilung@fachabteilung | | X | X | |
| 21 | Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrun d 16x, 21x, 23x) ⁴ | inpatient_interrupt(301.Entlassun gsanzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrec hung | | | X | |
| § 301 (AMBO) | | | | | | |
| 22 | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵ | source(kh_ambo)@quelle | | | | X |
| 23 | Art der Identifikationsnu mmer des Leistungserbringe rs (IKNR/BSNR) ⁶ | cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 24 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷ | state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 25 | IK der behandelnden Einrichtung | kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer | X | X | X | |
| 26 | Tag des Zugangs | kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangdatum | 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 Fall- identifi- kation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 27 | Liste der Behandlungsdiag- nosens des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '- '); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagno- se zu liefern | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag- nose.Diagnoseschlüssel@icd | | X | X | |
| 28 | Seitenlokalisierung der Behandlungsdiag- nose (L, R, B) | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag- nose.Lokalisation@lokalisierung | X | X | X | |
| 29 | Sicherheit der primären Behandlungsdiag- nose | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag- nose.Diagnosesicherheit@sicherhe- it | | | 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@lokalisatio- n_sek | X | X | X | |
| 32 | Sicherheit der sekundären Behandlungsdiag- nose | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär- Diagnose.Diagnosesicherheit@sic- herheit_sek | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|--|---|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifi- kation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 33 | Liste der Gebührenordnun- gs-Nr. nach EBM- Katalog gemäß Spezifikation ⁸ | ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambula- n- te 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.Prozedur- enschlüssel@ops | X | X | X | |
| 36 | Seitenlokalisierung der Prozedur (L, R, B) | kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisati- on@lokalisierung | X | X | X | |
| 37 | Datum der Prozedur | kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@d- atum | X | X | | X |
| § 295 (kollektivvertraglich) | | | | | | |
| 38 | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹ | source(295k)@quelle | | | | X |
| 39 | Art der Identifikationsnu- mmer des Leistungserbringe- rs (IKNR/BSNR) ¹⁰ | cp_type(295k.INL.1/1.2)@art | | | | X |
| 40 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹ | kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion | | | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identifi- kation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 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 | | | |
| 44 | Erstes Behandlungsdatu m im Quartal | 295k.RND.Behandlungszeitraum.3 /3.3.1@beginndatum | X | | X | |
| 45 | Letztes Behandlungsdatu m 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@lokali sation | X | X | X | |
| 48 | Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z) | 295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@siche rheit | X | X | X | |
| 49 | Liste der Gebührenordnun gs-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 | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|--|--|--|---|---|---|
| | | | Daten für die Fall- identi- fika- tion | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswert- ung | Techni- sche und anwend- ungsbe- zogene Gründe |
| 51 | NBSNR Nebenbetriebs- stätte des Ortes der Leistungserbring- ung (falls ungleich BSNR) | 295k.LED.5/5.2.1@nummer | X | X | | |
| 52 | Art der Identifikationsnu- mmer des Leistungserbringe- rs (IKNR/BSNR) ¹² | cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art | | | | X |
| 53 | KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR ¹³ | kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregi- on | | | X | X |
| 54 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7 .1.1@ops | X | X | X | |
| 55 | Seitenlokalisierung der durchgeführten OP | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7 .1.2@lokalisierung | X | X | X | |
| § 295 (selektivvertraglich) | | | | | | |
| 56 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹⁴ | source(295s)@quelle | | | | X |
| 57 | Erster Tag des Abrechnungszeit- raums | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnun- gszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginnd atum | X | | X | |

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

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

¹⁴ 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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 58 | Letzter Tag des Abrechnungszeitraums | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum | X | | X | |
| 59 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁵ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art | | | | X |
| 60 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁶ | kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion | | | X | X |
| 61 | Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR | specialist_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.2 Lebenslange Arztnummer)@fachgruppe | X | | | |
| 62 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁷ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art | | | | X |
| 63 | Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁸ | state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland | | | X | X |
| 64 | BSNR der Praxis | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer | X | | | |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 65 | Institutionskennzeichen des Leistungserbringers | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer | X | | | |
| 66 | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops | X | | X | |
| 67 | Seitenlokalisierung der durchgeführten OP | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisierung@lokalisierung | X | X | X | |
| 68 | Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V) | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd | | X | X | |
| 69 | Sicherheit der Diagnose | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit | | X | X | |
| 70 | Seitenlokalisierung der Diagnose (L, R, B) | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.3 Seitenlokalisierung@lokalisierung | X | X | X | |
| § 284 (Stammdaten) | | | | | | |
| 71 | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 72 | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | | X | |
| 73 | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | | |
| 74 | Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte) | Stamm@V | X | | | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 75 | Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹⁹ | Stamm@versicherungsdatum | | | | X |
| 76 | Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal | Stamm@versicherungsstatus | | | X | X |
| Administrative Daten | | | | | | |
| 77 | IKNR der Krankenkasse | Admin@kasseiknr | X | | | X |
| 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)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 ¹ | X | | X | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 13 | entlassender Standort | | | | X |
| 14 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | | | |
| 15 | Quartal des Aufnahmetages ⁴ | X | | X | X |
| 16 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | X | | X | X |
| 17 | Geburtsjahr ⁶ | X | | X | |
| 18 | Geschlecht | X | | X | |
| 19 | auslösende ICD-Kodes ⁷ | X | | | |
| 20 | auslösende OPS-Kodes ⁸ | 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 | |

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

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

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über 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.

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 das Geburtsdatum und das Aufnahmedatum ins Krankenhaus die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 – Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | 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 | Institutionskennzeichen | X | | X |
| 11 | Betriebsstättennummer | X | X | X |
| 12 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe? | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbegleitende Gründe |
| 13 | Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? | | X | |
| 14 | Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? | | X | |
| 15 | Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? | | X | |
| 16 | Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung] | | X | |
| 17 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung] | | X | |
| 18 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung] | | X | |
| 19 | Wird der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung] | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 20 | Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? | | X | |
| 21 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie? | | X | X |
| 22 | Kann jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der stationären Versorgung] | | X | |
| 23 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der stationären Versorgung] | | X | |
| 24 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie in der stationären Versorgung] | | X | |
| 25 | Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? | | | X |
| 26 | Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? | | X | |
| 27 | Wurde dazu eine Schere genutzt? | | X | |
| 28 | Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? | | X | |
| 29 | Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? | | X | |
| 30 | Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? | | X | |
| 31 | Übernahmen ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| | Sterilguts? | | | |
| 32 | Lag im Jahr ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? | | X | X |
| 33 | 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 |
| 34 | Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? | | X | |
| 35 | Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? | | X | X |
| 36 | Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | X | |
| 37 | Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 38 | 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 Jahres? | | X | |
| 39 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 40 | Siegelnahtgerät nicht vorhanden | | X | X |
| 41 | Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | X | |
| 42 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 43 | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? | | X | |
| 44 | Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? | | X | |
| 45 | Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? | | X | |
| 46 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? | | X | X |
| 47 | Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? | | X | |
| 48 | Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | | X | |
| 49 | Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? | | X | |
| 50 | Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 51 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | X | |
| 52 | Galt im gesamten Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? | | X | X |
| 53 | Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? | | X | |
| 54 | Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 55 | Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? | | X | |
| 56 | Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert? | | X | |
| 57 | Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? | | X | |
| 58 | Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 59 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 60 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 61 | Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben? | | X | |
| 62 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 63 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 64 | Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor? | | X | X |
| 65 | Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 66 | Ärzte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 67 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 68 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 69 | Pflegepersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 70 | Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbbezogene Gründe |
| 71 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 72 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 73 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 74 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 75 | Medizinische Fachangestellte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 76 | Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 77 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 78 | Reinigungspersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 79 | Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 80 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 81 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 82 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 83 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 84 | Küchenpersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 85 | Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 86 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| | [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | | |
| 87 | Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? | | X | |
| 88 | Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? | | X | X |
| 89 | Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? | | X | |
| 90 | keine Normalstation vorhanden | | X | X |
| 91 | Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? | | X | |
| 92 | keine IMC/Aufwachstation vorhanden | | X | X |
| 93 | Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbegleitende Gründe |
| | mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? | | | |
| 94 | keine Intensivstation vorhanden | | X | X |
| 95 | Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? | | X | |
| 96 | Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst | | X | X |

**e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation –
Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes Operieren)**

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbegleitende 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 |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | X |
| 9 | Status des Leistungserbringers | X | | X |
| 10 | Grundlage der Leistungserbringung | X | | X |
| 11 | Institutionskennzeichen | X | | X |
| 12 | Betriebsstättennummer | X | X | X |
| 13 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | X |
| 14 | Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 15 | Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 16 | Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaphylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 17 | Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbbezogene Gründe |
| | perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | | |
| 18 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres ? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 19 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 20 | Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaphylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | X |
| 21 | Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? [Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 22 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung] | | X | X |
| 23 | Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| | [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-therapie in der ambulanten Versorgung] | | | |
| 24 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres ? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-therapie in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 25 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung] | | X | |
| 26 | Wurde bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | X |
| 27 | Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 28 | Wurde dazu eine Schere genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 29 | Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 30 | Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff] | | X | |
| 31 | Wurde ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 32 | Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen verwendeten Arten steriler Medizinprodukte? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 33 | Übernahmen ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | X |
| 34 | Lag ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 35 | 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? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | X |
| 36 | Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 37 | Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | X |
| 38 | Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 39 | Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 40 | 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 Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 41 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | X |
| 42 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 43 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 44 | Wurde das OP-Sterilgut mittels Sterilisationsbogen verpackt? Neben der Verwendung von Vliesverpackung als Sterilisationsbogen ist ebenfalls bei Krepp- und Polypropylenverpackungen „ja“ anzugeben. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 45 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbbezogene Gründe |
| 46 | Waren die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 47 | Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 48 | Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 49 | Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 50 | Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien] | | X | |
| 51 | Galt im gesamten Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | X |
| 52 | Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 53 | Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| | [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | | |
| 54 | Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 55 | Konnten die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 56 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes] | | X | |
| 57 | Galt im gesamten Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | X |
| 58 | Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 59 | Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 60 | Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbetonte Gründe |
| 61 | Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 62 | Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 63 | Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 64 | Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 65 | Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel] | | X | |
| 66 | Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Antibiotikaresistenzlage und -therapie“ teilgenommen haben? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 67 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 68 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 69 | Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“, die im Jahr stattgefunden haben, vor? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 70 | Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 71 | Ärzte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 72 | Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 73 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 74 | Pflegepersonal | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| | [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | | |
| 75 | Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 76 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 77 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 78 | Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 79 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 80 | Medizinische Fachangestellte [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 81 | Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|---|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungbezogene Gründe |
| 82 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 83 | Reinigungspersonal [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 84 | Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 85 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 86 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | |
| 87 | Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention] | | X | X |
| 88 | Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] | | X | X |
| 89 | Wurde ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten | | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 |
|----------|---|--|--|--|
| | | Daten für die Einrichtungsidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten, das alle folgenden Inhalte thematisiert? [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion] | | | |
| 90 | Wurden Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Überprüfungen in der ambulanten Versorgung] | | x | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

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

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

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

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

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

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

(4) ¹Das Verfahren zur Bewertung der Cholezystektomien wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(6) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2025 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich

etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2026 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Krankenhäuser 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 verarbeitenden Daten

- (1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von
- a) den Krankenhäusern und
 - b) den Krankenkassen.

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

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

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

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 Krankenhäusern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(3) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Allgemein- oder Viszeralchirurgie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

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

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Darin enthalten sind

Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vor-Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vor-Vor-Vorjahres beziehen.

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

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

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)

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

| | |
|---------------|--|
| | (komplikationsspezifisch). Komplikationen nach 365 Tagen werden im Zähler zusammengefasst. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenig weitere postoperative Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 365 Tagen nach Cholezystektomie |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen |
| Indikator-ID | 58006 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 13 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 14 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 15 | Fachabteilung | X | | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendung s-bezogene Gründe |
| 16 | Quartal des Aufnahmetages ⁴ | X | | X | X |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | | | X | X |
| 18 | Geburtsjahr ⁶ | | | 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 | Bestand die Streptokokkensepsis vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 23 | Bestand die sonstige Sepsis vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 24 | Bestand das Erysipel vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 25 | Bestand die akute Blutungsanämie vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 26 | Bestand die akute hämorrhagische Gastritis vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 27 | Bestand die sonstige akute Gastritis vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 28 | Bestand die akute Peritonitis vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 29 | Bestand die sonstige Peritonitis vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 30 | Bestand die Perforation des Gallengangs vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 31 | Bestand die Fistel des Gallengangs vor der Cholezystektomie? | | X | X | |
| 32 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 33 | Quartal des Entlassungstages ⁷ | X | | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 34 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁸ | X | | X | X |
| 35 | Entlassungsgrund | | X | X | |
| 36 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| § 301 (Krankenhäuser) | | | | | | |
| 1 | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹ | source(301)@quelle | | | | X |
| 2 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR) | cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|---|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fallidenti- fikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswer- tung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe |
| 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.Aufnahm etag@aufndatum | X | X | | |
| 6 | Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll- /teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.) | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahm egrund@aufngrund | | | 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@entldatu m | X | | | |
| 8 | Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungs- ende, Verlegung, Tod etc.) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Entla ssungs- /Verlegungsgrund@entlgrund | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | 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 | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|---|---|---|---|
| | | | Daten für die Fallidenti- fikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl- berechnung | Datenfel- der für die Basis- auswer- tung | Techni- sche und anwen- dungsbe- zogene Gründe |
| 12 | Seitenlokalisierung der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Seku- ndär- Diagnose.Lokalisation@lokalisatio- n_sek | | | X | |
| 13 | Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '- '); Behandlungsrele- vante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einzigere Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnos- e zu liefern | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Neb- endiagnose.Diagnoseschlüssel@ic- d | X | X | X | |
| 14 | Seitenlokalisierung der Nebendiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Neb- endiagnose.Lokalisation@lokalisati- on | | | X | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 15 | Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, 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.NDG.Sek undär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek | X | X | X | |
| 16 | Seitenlokalisierung der sekundären Nebendiagnose (L, R, B) | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sek undär-Diagnose.Lokalisation@lokalisierung_sek | | | 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 | |
| 19 | Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden) | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.tag@datum | X | X | | |
| 20 | Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalls | 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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 21 | Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) | inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung | | | X | |
| § 284 (Stammdaten) | | | | | | |
| 22 | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 23 | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | | X | |
| 24 | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | | |
| 25 | Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte) | Stamm@V | X | X | | |
| 26 | Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) | Stamm@versicherungsdatum | | X | | X |
| 27 | Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal | Stamm@versicherungsstatus | | | X | X |
| Administrative Daten | | | | | | |
| 28 | IKNR der Krankenkasse | Admin@kasseiknr | X | | | X |
| 29 | Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei | sequential_nr(Admin)@lfdnr | | | | X |

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

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

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

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

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

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

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) ¹Zur Beurteilung der Indexbehandlungen werden auch die mit diesen assoziierten Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). ²Diese sind im Einzelnen: stationäre Krankenhausaufenthalte aufgrund von zugangsassozierten Komplikationen bei der Dialyse, das Überleben unter Dialyse, nach Nierentransplantation und Pankreastransplantation sowie die Transplantatfunktion nach Nieren- und Pankreastransplantation.

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

(4) ¹Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ²Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, wenn Rückschlüsse auf die Identität der einzelnen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

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

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

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

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 und 2 der Richtlinie erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse

selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind.
⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten und die Erfassung der Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfolgen.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

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

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

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

- (1) ¹Für das Verfahren werden
- a) durch Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) Daten bei der Leistungserbringerin und beim Leistungserbringer
 - b) Sozialdaten bei den Krankenkassen und
 - c) zu einem späteren Zeitpunkt Daten in Form von Patientenbefragungen

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

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 Krankenversichertennummern verarbeitet.

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

Pankreastransplantation über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung pseudonymisierter personenbezogener Daten zu informieren. ³Wird die Einwilligung nicht erteilt, werden die Daten gemäß Anlage II Buchstaben c und d (QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation einschließlich Follow-up) ohne patientenidentifizierende Daten verarbeitet.

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

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

§ 6 Datenflussverfahren

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

§ 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

Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie enthalten die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für die in Anlage I aufgeführten Indikatoren auch die verfahrensspezifischen Kennzahlen für Dialysen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren und müssen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen werden.

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Auf Grundlage der Daten nach § 5 Absatz 1 erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ²Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ³Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

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

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

- (1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten
- 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 eine entsprechende Indexbehandlung erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexbehandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin 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
- h) 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 Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstaben a und c** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

(1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Dialysen und bundesbezogene Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplantationen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und

-verwertbarer Form vorliegen sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (z. B. pdf-Format) vorliegen.

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Indexbehandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse 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) 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.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

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

(3) Für Dialyseeinrichtungen empfiehlt die jeweilige Fachkommission Art und Weise des Stellungnahmeverfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Sätze 1 bis 4 der Richtlinie und dessen Zeitrahmen.

(4) ¹Für Nieren- und Pankreastransplantationen führt das Institut nach § 137a SGB V das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Sätze 1 bis 4 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 5 durch. ²Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen.

(5) 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.

(6) ¹Bei den Indikatoren zur Nierentransplantation 9 bis 13 (1, 2, 3, 5 Jahres-Überleben nach Transplantation, Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation) sowie den Indikatoren zur Pankreastransplantation 2 bis 7 (1, 2, 3 Jahres-Überleben nach Transplantation) ist die eingeschränkte Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität zur Leistungserbringerin und zum Leistungserbringer zu berücksichtigen. ²Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4 der Richtlinie sind daher nur bei Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität anzuwenden. ³Das Verfahren der Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitungen von QS-Maßnahmen wird für diese Fälle durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung festgelegt.

(7) 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

¹Die Fachkommissionen für Dialyseeinrichtungen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Vertragsärzte, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internistin/Internist oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie. ²Mindestens drei der Vertreterinnen oder Vertreter der Vertragsärztinnen und -ärzte und der Krankenhäuser müssen Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sein. ³Alle oben genannten Vertreterinnen und Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen. ⁴Darüber hinaus sollte mindestens eine Chirurgin oder ein Chirurg, die oder der Nierentransplantationen durchführt, ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht. ⁶Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁷Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 14a Bundesfachkommission

¹Die Bundesfachkommission besteht nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Vertragsärzte mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie“, sowie einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen, die oder der eine Facharztbezeichnung aus dem Gebiet Chirurgie oder Urologie besitzt. ²Mindestens eine

Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Nierentransplantationen durchführen.³Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenhäuser muss Pankreastransplantationen durchführen.⁴Alle oben genannten Vertreterinnen und Vertreter haben Fachkenntnisse in der Behandlung bzw. Pflege von niereninsuffizienten Patientinnen und Patienten nachzuweisen.⁵Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Dialyseeinrichtungen und Pflegepersonals aus Krankenhäusern erhalten ein Mitberatungsrecht.⁶Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht entsprechend dem Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen.⁷Im Einzelfall kann die Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

(1) ¹Das Institut nach § 137a SGB V richtet ein sektorenübergreifendes Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein.²Insbesondere soll es über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 der Richtlinie hinaus unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen sowohl zur Dialyse als auch zur Nierentransplantation bewerten, gegebenenfalls erforderlichen Handlungsbedarf feststellen und dem G-BA hierüber berichten.

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

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle.²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden.³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln.⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter.⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen.⁷Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) ¹Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle

(DAS-KK). ²Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. ³Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vor-Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vor-Vor-Vorjahres beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

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

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

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

§ 19 Übergangsregelung

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

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

(3) Bis zur vollständigen Gründung der Fachkommissionen gemäß § 14 und der Bundesfachkommission gemäß § 14a richtet das IQTIG übergangsweise abweichend von § 15 Absatz 1 Satz 1 ein sektorenübergreifendes Expertengremium auf Basis der bestehenden Bundesfachgruppe „Nieren- und Pankreastransplantation“ ein, welche mit gleicher Anzahl an Nephrologen aus dem vertragsärztlichem Bereich paritätisch vervollständigt wird.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS NET)

a) Indikatorenliste Dialyse

| | | |
|---------------|--|---|
| 1 | | Aufklärung über Behandlungsoptionen |
| Indikator-ID | 572001 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Nierenersatztherapie über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden. | |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt wurden | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 2 | | Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt |
| Indikator-ID | 572002 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen bis zwei Jahre nach Dialysebeginn keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde. | |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, bei denen keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt wurde | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 3 | | Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung |
| Indikator-ID | 572003 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die nicht innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehandlung über einen arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) dialysiert werden. | |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 4 | | Katheterzugang bei Hämodialyse |
| Indikator-ID | 572004 | |
| 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 Hämodialysepatientinnen und -patienten, die über einen Katheter dialysiert werden | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 5 | | Dialysefrequenz pro Woche |
| Indikator-ID | 572005 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten. | |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten | |

| | |
|---------------|--|
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 6 | Dialysedauer pro Woche |
| Indikator-ID | 572006 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialysepatientinnen und -patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 7 | Hospitalisierung aufgrund von zugangsassoziierten Komplikationen bei Hämodialyse |
| Indikator-ID | 572009 |
| 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 Hämodialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer zugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen |
| Indikator-ID | 572010 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Kennzahlliste Dialyse

| | |
|---------------|--|
| 1 | Ernährungsstatus |
| Kennzahl-ID | 572007 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 2 | Anämiemanagement |
| Kennzahl-ID | 572008 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 3 | 1-Jahres-Überleben |

| | |
|---------------|---|
| Kennzahl-ID | 572011 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 4 | 2-Jahres-Überleben |
| Kennzahl-ID | 572012 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 5 | 3-Jahres-Überleben |
| Kennzahl -ID | 572013 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 6 | 5-Jahres-Überleben |
| Kennzahl -ID | 572014 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 7 | 10-Jahres-Überleben |
| Kennzahl -ID | 572015 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |

b) Indikatorenliste Nierentransplantation

| | |
|--------------|--|
| 1 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 572017 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer isolierten Nierentransplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind. |

| | |
|---------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung |
| Indikator-ID | 572023 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung |
| Indikator-ID | 572022 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | Intra- oder postoperative Komplikationen |
| Indikator-ID | 572016 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer isolierten Nierentransplantation aufgetreten ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit schweren behandlungsbedürftigen intra- oder postoperativen Komplikationen nach isolierter Nierentransplantation |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende) |
| Indikator-ID | 572025 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortalen Organspende) |
| Indikator-ID | 572024 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion |

| | |
|-----------------------|---|
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 7 | Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen |
| Indikator-ID | 572100 |
| 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 nicht zu niedrig sein |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 8 | Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen |
| Indikator-ID | 572101 |
| 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 nicht zu hoch sein |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 9 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572018 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 10 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572019 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 11 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572020 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 12 | 5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572021 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben. |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 13 | Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation |
| Indikator-ID | 572032 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Kennzahnliste Nierentransplantation

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

| | |
|---------------|---|
| 5 | Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation |
| Kennzahl-ID | 572033 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von zwei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 6 | Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation |
| Kennzahl-ID | 572034 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von drei Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 7 | Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation |
| Kennzahl -ID | 572035 |
| Beschreibung | Die Kennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von fünf Jahren ein Transplantatversagen aufgetreten ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |

c) Indikatorenliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

| | |
|---------------|---|
| 1 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 572036 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation während desselben stationären Aufenthalts im Krankenhaus gestorben sind. |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572037 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 572038 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation leben. |

| | |
|---------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572039 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation leben |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 572040 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 572041 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 572042 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Qualität der Pankreastransplantatfunktion bei Entlassung |
| Indikator-ID | 572043 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion des transplantierten Pankreas bei Entlassung. |
| Qualitätsziel | Selten Insulintherapie bei Entlassung erforderlich |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Entfernung des Pankreastransplantats |
| Indikator-ID | 572047 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat entfernt wurde |
| Qualitätsziel | Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Kennzahlliste Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

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

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Status des Leistungserbringers | X | | X | X |
| 10 | Art der Leistungserbringung | X | | X | X |
| 11 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 12 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 13 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 14 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 15 | entlassender Standort | X | X | X | |
| 16 | behandelnder Standort | X | X | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 17 | Fachabteilung | X | | X | |
| 18 | Betriebsstättennummer ambulant | X | X | X | |
| 19 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | | | |
| 20 | Quartal des Aufnahmetages ⁴ | X | | | X |
| 21 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | | X | X | X |
| 22 | Geburtsjahr ⁶ | X | X | X | X |
| 23 | Geschlecht | X | X | X | |
| 24 | Therapiestatus | | | X | X |
| 25 | Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) | X | X | X | |
| 26 | Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) unbekannt | | X | X | X |
| 27 | Ist der Dialysepatient in Ihrer Einrichtung in diesem Erfassungsjahr erstmals dokumentationspflichtig? | | | X | X |
| 28 | Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert? | | | | X |
| 29 | Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en) | | X | X | X |
| 30 | Wurde eine Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt? | | | X | X |
| 31 | Datum der Referenzdialyse | | X | | |
| 32 | Serumalbumin | | X | | |
| 33 | Serumalbumin unbekannt | | | | X |
| 34 | Hämoglobin | | X | | |
| 35 | Hämoglobin unbekannt | | | | X |
| 36 | Ferritin | | X | | |
| 37 | Ferritin unbekannt | | | | X |
| 38 | Transferrin-Sättigung | | X | | |
| 39 | Transferrin-Sättigung unbekannt | | | | X |
| 40 | C-reaktives Protein >= 10 mg/l | | | | X |
| 41 | C-reaktives Protein | | X | | |

4 In der QS-Dokumentationssoftware werden über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 42 | Verordnung von Erythropoese stimulierende Faktoren (ESF) | | X | X | X |
| 43 | verordnete Wochendosis | | X | X | |
| 44 | wesentliches Ereignis im Behandlungsfall | | | X | X |
| 45 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | | | |
| 46 | Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) | X | | X | |
| 47 | Quartal des Entlassungstages ⁷ | X | | X | X |
| 48 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 49 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [VD] | X | | | X |
| 50 | Vorgangsnummer, GUID [VD] | X | | | X |
| 51 | Versionsnummer [VD] | | | | X |
| 52 | Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles? | | | | X |
| 53 | Zu welchen Behandlungsmöglichkeiten wurden dem Patienten Informationsgespräche angeboten? | | | X | X |
| 54 | Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie | | X | X | |
| 55 | Hämodialyse | | X | X | |
| 56 | Peritonealdialyse | | X | X | |
| 57 | Heimdialyse | | X | X | |
| 58 | Nierentransplantation | | X | X | X |
| 59 | Lebendorganspende | | X | X | |
| 60 | Evaluation zur Transplantation durchgeführt | | X | X | X |
| 61 | Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss der Evaluation zur Transplantation ⁸ | | X | X | |
| 62 | Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt | | X | X | X |
| 63 | Warum wurde der Patient nicht | | X | X | |

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| | besprochen? | | | | |
| 64 | Aufnahme auf die Warteliste | | X | X | |
| 65 | Komorbiditäten | | X | X | X |
| 66 | koronare Herzkrankheit (KHK) | | X | X | |
| 67 | Herzinsuffizienz | | X | X | |
| 68 | periphere arterielle Verschlusskrankheit | | X | X | |
| 69 | zerebrovaskuläre Erkrankungen | | X | X | |
| 70 | essentielle (primäre) Hypertonie | | X | X | |
| 71 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 72 | bakterielle Infektion mit Erregern mit besonderen Antibiotikaresistenzen | | X | X | |
| 73 | Virushepatitis | | X | X | |
| 74 | Malignom | | X | X | |
| 75 | periphere Polyneuropathie (PNP) | | X | X | |
| 76 | Demenz | | X | X | |
| 77 | Depression | | X | X | |
| 78 | andere Erkrankungen | | X | X | X |
| 79 | vorangegangene Nierentransplantation | | X | X | X |
| 80 | Datum Nierentransplantation | | X | | |
| 81 | Datum der Nierentransplantation unbekannt | | | | X |
| 82 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Dialyse] | | | | X |
| 83 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dialyse] | X | | | X |
| 84 | Vorgangsnummer, GUID [Dialyse] | X | | | X |
| 85 | Versionsnummer [Dialyse] | | | | X |
| 86 | Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles? | | | | X |
| 87 | Organisationsform der Dialysebehandlung | | X | X | |
| 88 | Dialyseverfahren | | X | X | X |
| 89 | <ul style="list-style-type: none"> • Prozedurenschlüssel • Gebührenordnungsposition (GOP) | X | | | |
| 90 | Dialysedatum | X | X | | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 91 | Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (Dialyse) ⁹ | | X | X | |
| 92 | Zugangsart | | X | X | |
| 93 | effektive Dialysedauer | | X | X | |
| 94 | Körpergewicht nach der Dialysebehandlung | | X | X | |
| 95 | Körpergewicht nach der Dialysebehandlung unbekannt | | | | X |
| 96 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Wesentliches Ereignis] | | | | X |
| 97 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wesentliches Ereignis] | X | | | X |
| 98 | Vorgangsnummer, GUID [Wesentliches Ereignis] | X | | | X |
| 99 | Versionsnummer [Wesentliches Ereignis] | | | | X |
| 100 | Wieviertes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall? | | | | X |
| 101 | Art wesentliches Ereignis | | X | X | X |
| 102 | Beginn wesentliches Ereignis | | X | X | |
| 103 | Ende wesentliches Ereignis | | X | X | |
| 104 | Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt | | | | X |
| 105 | Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung | | | X | X |
| 106 | Datum der Beendigung | | X | | |

⁹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialysedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| Administrative Daten | | | | | | |
| 1 | IKNR der Krankenkasse | admin@kasseiknr | | | | X |
| 2 | Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei | sequential_nr(Admin)@lfdnr | | | | X |
| §284 (Stammdaten) | | | | | | |
| 3 | Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte) | Stamm@V | X | X | | |
| 4 | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 5 | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | X | X | |
| 6 | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | | |
| 7 | Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹ | Stamm@versicherungsdatum | | | | X |
| 8 | Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal | Stamm@versicherungsstatus | | | X | X |
| §301 (Krankenhäuser) | | | | | | |

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 9 | Angabe der Quelle des Datensatzes ² | source(301)@quelle | | | | X |
| 10 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³ | cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 11 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴ | State_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 12 | IK der behandelnden Einrichtung | 301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer | X | X | | |
| 13 | Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.) | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufgrund | | | X | |
| 14 | Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum | X | X | | |
| 15 | Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum | X | X | | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | selben Einrichtung) | | | | | |
| 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) ⁵ | inpatient_interrupt(301.Entlassungs- anzeige.ETL.Entlassungs- /Verlegungsgrund)@khunterbrechung | | X | X | |
| 18 | Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Fach- abteilung@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.Haupt- diagnose.Diagnoseschlüssel@icd | X | X | X | |
| 20 | Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*'; '#', | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekun- där- Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_s ek | X | X | X | |

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | '!', '.-'); Sekundär диагноsen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft | | | | | |
| 21 | Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundär diagnose zu liefern | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | X | X | X | |
| 22 | Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundär диагноsen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_s ek | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Diagnosen zutrifft | | | | | |
| 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 ⁶ | source(295k)@quelle | | | | X |
| 26 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁷ | cp_type(295k.INL.1/1.2)@art | | | | X |
| 27 | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ⁸ | kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion | | | X | X |
| 28 | BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes | 295k.INL.1/1.2@nummer | X | | | |
| 29 | Art der Inanspruchnahme des Falles | 295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme | X | | X | |
| 30 | Behandlungsart | 295k.INF.2.3.3@behandlungsart | X | | X | |
| 31 | Erstes Behandlungsdatum im Quartal | 295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum | X | X | | |
| 32 | Letztes | 295k.RND.Behandlungszeitraum.3/ | X | X | | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Behandlungsdatum im Quartal | 3.3.2@endedatum | | | | |
| 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 Leistung | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops | X | X | X | |
| §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 | kv_key(295s.Erbrachte Leistungen | | | X | X |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR | / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion | | | | |
| 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 Falles gemäß | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationschlüssel.7/7.2.1 | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Spezifikation | Operationsschlüssel, codiert@ops | | | | |
| 49 | Datum der Prozedur | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum | X | X | | X |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴ | X | | | X |
| 14 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵ | X | | | X |
| 15 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? | | | | X |
| 16 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 17 | entlassender Standort | X | X | X | |
| 18 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 19 | Fachabteilung | X | | X | |
| 20 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 21 | Quartal des Aufnahmetages ⁶ | X | | X | X |
| 22 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷ | | X | X | |
| 23 | Geburtsjahr ⁸ | X | X | X | X |
| 24 | Geschlecht | X | X | X | |
| 25 | Körpergröße | | X | X | |
| 26 | Körpergewicht bei Aufnahme | | X | X | |
| 27 | renale Grunderkrankung | | X | X | |
| 28 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 29 | Dauer des Diabetes | | X | X | |
| 30 | Dialysetherapie | | | X | X |
| 31 | Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse) | | X | X | |
| 32 | Dringlichkeit der 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)

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| | gemäß Medical Urgency Code ET-Status | | | | |
| 33 | Blutgruppe des Empfängers | | X | X | |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l | | X | X | |
| 35 | Patient bei Entlassung insulinfrei? | | X | X | |
| 36 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 37 | Quartal des Entlassungstages ⁹ | X | | | X |
| 38 | Entlassungsdiagnose(n) ¹⁰ | X | X | X | |
| 39 | Entlassungsgrund | X | X | | X |
| 40 | Todesursache | | X | X | |
| 41 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation] | | | | X |
| 42 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation] | X | | | X |
| 43 | Vorgangsnummer, GUID [Transplantation] | X | | | X |
| 44 | Versionsnummer [Transplantation] | | | | X |
| 45 | Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 46 | durchgeführte Transplantation | | X | X | X |
| 47 | Einzel- oder Doppeltransplantation | | | X | X |
| 48 | Retransplantation Niere | | X | X | X |
| 49 | Wievielte Nierentransplantation? | | X | X | |
| 50 | Datum der letzten Nierentransplantation | X | | | |
| 51 | Spendertyp | | X | | X |
| 52 | Spenderalter | | X | X | |
| 53 | Geschlecht des Spenders | | X | X | |
| 54 | Blutgruppe des Spenders | | X | X | |
| 55 | <ul style="list-style-type: none"> Kreatininwert i.S. in mg/dl Kreatininwert i.S. in µmol/l | | | X | |
| 56 | Todesursache | | X | X | |
| 57 | OP-Datum | X | X | | |
| 58 | postoperative Verweildauer: Differenz | X | X | X | |

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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| | in Tagen ¹¹ | | | | |
| 59 | Monat der Operation ¹² | X | X | | |
| 60 | Operation ¹³ | X | | X | |
| 61 | Abbruch der Transplantation | | | X | X |
| 62 | Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation | | X | X | |
| 63 | kalte Ischämiezeit Niere | | X | X | |
| 64 | kalte Ischämiezeit Pankreas | | X | X | |
| 65 | funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung | | X | X | X |
| 66 | postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats | | | X | X |
| 67 | Anzahl postoperativer intermittierender Dialysen bis Funktionsaufnahme | | X | X | |
| 68 | Dauer der postoperativen kontinuierlichen Dialysen bis zur Funktionsaufnahme | | X | X | |
| 69 | Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation | | X | | |
| 70 | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Reoperation erforderlich • sonstige schwere Komplikation | | X | X | |
| 71 | Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich | | X | X | |
| 72 | Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats | | X | X | |
| 73 | behandlungsbedürftige Abstoßung | | X | X | X |
| 74 | Abstoßung durch Biopsie gesichert | | 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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁴ | X | X | | X |
| 14 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁵ | | | X | |
| 15 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die | | | | 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. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| | Bundesauswertungsstelle vor? ⁶ | | | | |
| 16 | Institutionskennzeichen | 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 |
| 19 | Geburtsjahr ⁷ | X | X | X | X |
| 20 | Geschlecht | X | X | X | |
| 21 | durchgeführte Transplantation | | | X | X |
| 22 | Datum der letzten Transplantation | X | X | | |
| 23 | Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ⁸ | X | X | | |
| 24 | Datum der Follow-up-Erhebung | X | X | | |
| 25 | Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation | | | | X |
| 26 | Art der Follow-up-Erhebung | | X | X | |
| 27 | Patient verstorben | | X | X | X |
| 28 | Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ⁹ | | X | | |
| 29 | Monat des Todesdatums ¹⁰ | | | | X |
| 30 | Todesdatum | | X | | |
| 31 | Todesursache | | X | X | |
| 32 | <ul style="list-style-type: none"> • Komplikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt | | X | X | |
| 33 | Transplantatversagen Niere | | X | X | X |
| 34 | Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹¹ | | 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.

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | er (Elektronische Gesundheitskarte) | | | | | |
| 4 | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 5 | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | | X | |
| 6 | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | | |
| 7 | Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹ | Stamm@versicherungsdatum | | | | X |
| 8 | Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal | Stamm@versicherungsstatus | | | X | X |
| §301 (Krankenhäuser) | | | | | | |
| 9 | Angabe der Quelle des Datensatzes ² | source(301)@quelle | | | | X |
| 10 | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ³ | cp_type(301.Entlassungsanzeige.FK T.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 11 | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁴ | state_key(301.Entlassungsanzeige.FK T.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 12 | IK der behandelnden Einrichtung | 301.Entlassungsanzeige.FK T.IK des Absenders@nummer | X | X | | |
| 13 | Aufnahmegrund | 301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmeg | | | X | |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.) | rund@aufgrund | | | | |
| 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 endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung) | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum | X | | | |
| 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) ⁵ | inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung | | | X | |
| 18 | Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung | | | X | |
| 19 | Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | X | | X | |

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern | | | | | |
| 20 | 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_s ek | X | | X | |
| 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 | 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_s ek | X | | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', ':-'); Sekundär Diagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primär diagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft | | | | | |
| 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 | | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

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

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

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

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

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

§ 2 Eckpunkte

- (1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Indexeingriffe.
- (2) ¹Zur Beurteilung der Indexeingriffe werden auch mit ihm assoziierte Folgeereignisse mit einbezogen (Follow-up). ²Dies sind insbesondere das Überleben sowie bestimmte Komplikationen des Indexeingriffs bei Organtransplantierten und Lebendspendern.
- (3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

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

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

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da die Leistungen insgesamt nur geringe Fallzahlen aufweisen und insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Krankenhäuser 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 verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern sowie den Krankenkassen verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. ⁴Die Datenerhebung

bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2020. ⁵Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen erfolgt erstmals ab dem Jahr 2023.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V im Internet veröffentlicht.

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

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

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

§ 6 Datenflussverfahren

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

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

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

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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 Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a** 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.

§ 10a Länderbezogene Auswertungen

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlresultate aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 11 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) ¹Das Institut nach § 137a SGB V führt das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 bis 4 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 3 durch. ²Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen.

(3) 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 Krankenhäusern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(4) 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 2020 ergänzt.

§ 13 Bundesfachkommissionen

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

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

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

(2) Die Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ besteht aus jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern 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 sachkundigen Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

(3) Die Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ besteht aus jeweils vier Vertreterinnen oder Vertretern 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.

(4) Die Bundesfachkommission „Nierenlebenspende“ besteht aus jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern 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 sachkundigen Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit entsprechender Facharztqualifikation.

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

(6) ¹In Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten bis zu zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates ein Mitberatungsrecht. ²In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ³Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁴Alle Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit den Erkrankungen, aufgrund derer die jeweiligen Organtransplantationen durchgeführt werden.

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

§ 14 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden

Datensätze (Soll) differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis f für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 15 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

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

§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze

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

§ 17 Übergangsregelung

(1) Die Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß den §§ 5, 9 und 14 Absatz 2 erfolgt erstmals für Indexeingriffe aus dem Jahr 2022.

(2) Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche Leberlebendspende, Lebertransplantation, Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation, Herztransplantationen, Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsthertzen 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.

(3) Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 erfolgt für die Leberlebendspende und Nierenlebendspende keine quartalsweise Datenlieferung.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS TX)

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 Leberlebendspende

| | |
|---------------|--|
| 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 Leberlebendspende |
| 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 Leberlebendspende verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende |
| 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 beeinträchtiger 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-Lungen-Transplantation

| | |
|---------------|--|
| 1 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 2155 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation 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-Lungen-Transplantation 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-Lungen-Transplantation 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-Lungen-Transplantation 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-Lungen-Transplantation 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-Lungen-Transplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 51641 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

d) Indikatorenliste Herztransplantationen

| | |
|---------------|---|
| 1 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 2157 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Herztransplantation und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 12253 |

| | |
|---------------|---|
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 51629 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Herztransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 1-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 12269 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 51631 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Herztransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 2-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status |
| Indikator-ID | 12289 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) |
| Indikator-ID | 51633 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Herztransplantation leben. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe 3-Jahres-Überlebensrate |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

e) Indikatorenliste Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

| | |
|---------------|---|
| 1 | Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems |
| Indikator-ID | 251800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die beobachtete Rate an Sterbefälle nach einer Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens im Verhältnis zu den erwarteten Sterbefällen. |
| Qualitätsziel | Möglichst geringe Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens |
| Indikator-ID | 251801 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst das erwartete Sterberisiko einer Patientin bzw. eines Patienten nach der Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens. |
| Qualitätsziel | Das durchschnittliche Risikoprofil des gesamten Patientenkollektivs eines Krankenhausstandortes sollte bei Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen nicht zu hoch sein |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 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 Nierenlebenspende

| | | |
|---------------|---|---|
| 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 Nierenlebenspende | |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator | |
| 2 | | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 2137 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Nierenlebenspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind. | |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle nach Nierenlebenspende | |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator | |
| 3 | | Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich |
| Indikator-ID | 2138 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderin und Nierenlebenspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren. | |
| Qualitätsziel | Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebenspende | |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator | |
| 4 | | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende |
| Indikator-ID | 12440 | |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebenspende verstorben sind. | |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende | |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator | |
| 5 | | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende |
| 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 Nierenlebenspende verstorben sind. | |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende | |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator | |
| 6 | | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende |
| Indikator-ID | 12452 | |

| | |
|---------------|---|
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin und des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende |
| 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 Nierenlebenspende verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebenspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende |
| Indikator-ID | 12468 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende |
| Indikator-ID | 51570 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem oder unbekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebenspende verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebenspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 10 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende) |
| Indikator-ID | 12636 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende. |
| Qualitätsziel | Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebenspenderin bzw. beim Nierenlebenspender |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 11 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebenspende) |
| Indikator-ID | 12640 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende. |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderinnen bzw. beim Nierenlebendspender |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 12 | Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende) |
| Indikator-ID | 12644 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion drei Jahre nach der Spende. |
| Qualitätsziel | Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 13 | Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende |
| Indikator-ID | 51997 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie ein Jahr nach der Spende. |
| Qualitätsziel | Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 14 | Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende |
| Indikator-ID | 51998 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie zwei Jahre nach der Spende. |
| Qualitätsziel | Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 15 | Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende |
| Indikator-ID | 51999 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit Albuminurie drei Jahre nach der Spende. |
| Qualitätsziel | Selten Auftreten einer Albuminurie nach Nierenlebendspende |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Diese Richtlinien sind nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS TX)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

1. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴ | | X | X | X |
| 18 | Monat des Aufnahmetages ⁵ | X | | | X |
| 19 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |
| 20 | Fachabteilung | X | | | |
| 21 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶ | X | X | | X |
| 22 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷ | | | X | |
| 23 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? | | | | X |
| 24 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 25 | Geburtsjahr ⁸ | 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 ⁹ | X | | X | X |

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

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

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

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

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

Das „Geburtsdatum“ wird nicht exportiert.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 30 | Monat des Entlassungstages ¹⁰ | X | X | X | X |
| 31 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 32 | Entlassungsdiagnose(n) ¹¹ | X | | X | |
| 33 | Entlassungsdiagnose nach ELTR | | | X | |
| 34 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 35 | Todesursache | | | X | |
| 36 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation] | | | | X |
| 37 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation] | X | | | X |
| 38 | Vorgangsnummer, GUID [Transplantation] | X | | | X |
| 39 | Versionsnummer [Transplantation] | | | | X |
| 40 | Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 41 | Zentrumsangebot | | X | X | |
| 42 | Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status | | X | X | |
| 43 | <ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l | | X | | |
| 44 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • 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 | |

¹⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
¹¹ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 52 | Spenderalter | | X | X | |
| 53 | Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems | | X | | |
| 54 | Indikation zur Lebertransplantation | | X | X | |
| 55 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹² | X | X | X | X |
| 56 | Monat der Operation ¹³ | X | X | X | X |
| 57 | OP-Datum | X | X | | |
| 58 | Operation ¹⁴ | X | | X | |
| 59 | Abbruch der Transplantation | | | X | |
| 60 | Spenderorgan | | X | X | |
| 61 | kalte Ischämiezeit (Stunden) | | X | X | |
| 62 | kalte Ischämiezeit (zusätzliche Minuten) | | X | X | |
| 63 | Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation | | X | X | |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴ | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 15 | Fachabteilung | X | | | |
| 16 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁵ | X | X | | X |
| 17 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶ | | | X | |
| 18 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁷ | | | | 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. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

4 Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 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.

6 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).

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 19 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 20 | Geburtsjahr ⁸ | X | X | X | X |
| 21 | Geschlecht | X | X | X | |
| 22 | Monat der letzten Transplantation ⁹ | X | | | X |
| 23 | Datum der letzten Transplantation | X | X | | |
| 24 | Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁰ | X | X | | X |
| 25 | Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹¹ | X | | | X |
| 26 | Datum der Follow-up-Erhebung | X | X | | |
| 27 | Art der Follow-up-Erhebung | | | X | |
| 28 | Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation | X | X | | |
| 29 | Patient verstorben | | X | | X |
| 30 | Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹² | | X | | X |
| 31 | Monat des Todesdatums ¹³ | | | | X |
| 32 | Todesdatum | | X | | |
| 33 | Todesursache | | | X | |
| 34 | HCC vor Transplantation | | X | X | X |
| 35 | HCC-Rezidiv | | X | X | |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • Komplikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt | | X | X | |

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

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

¹⁰ 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.

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

3. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebendspende

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 Spender ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus Spender ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴ | | | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 18 | Monat des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 19 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | | | |
| 20 | Fachabteilung | X | | | |
| 21 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶ | X | X | | X |
| 22 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷ | | | X | |
| 23 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? | | | | X |
| 24 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 25 | Geburtsjahr ⁸ | X | X | X | X |
| 26 | Geschlecht | X | X | X | |
| 27 | Körpergröße | | | X | |
| 28 | Körpergewicht bei Aufnahme | | | X | |
| 29 | postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁹ | X | X | X | X |
| 30 | Monat der Operation ¹⁰ | X | X | X | X |
| 31 | OP-Datum | X | X | | |
| 32 | Operation ¹¹ | X | | X | |
| 33 | <ul style="list-style-type: none"> • Segment I • Segment II • Segment III | | 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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Segment IV • Segment V • Segment VI • Segment VII • Segment VIII | | | | |
| 34 | Gewicht entnommene Leber | | | X | |
| 35 | Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation | | X | X | X |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Gallenwegskomplikation • sekundäre Wundheilung • Ileus • akutes Leberversagen • Thrombose • Lungenembolie • Pneumonie • sonstige Komplikationen | | X | X | |
| 37 | Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich | | X | X | X |
| 38 | Dominotransplantation | | X | X | |
| 39 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹² | X | | X | X |
| 40 | Monat des Entlassungstages ¹³ | X | | X | X |
| 41 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 42 | Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴ | X | | X | |
| 43 | Entlassungsgrund | X | X | X | |

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

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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 Spender ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus Spender ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴ | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 15 | Fachabteilung | X | | | |
| 16 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁵ | X | X | | X |
| 17 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶ | | | X | |
| 18 | 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. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

4 Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 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.

6 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).

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁷ | | | | |
| 19 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 20 | Geburtsjahr ⁸ | X | X | X | X |
| 21 | Geschlecht | X | X | X | |
| 22 | Monat der Lebendspende ⁹ | X | | | X |
| 23 | Datum der Leberlebendspende | X | X | | |
| 24 | Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen ¹⁰ | X | X | | X |
| 25 | Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹¹ | X | | | X |
| 26 | Datum der Follow-up-Erhebung | X | X | | |
| 27 | Art der Follow-up-Erhebung | | | X | |
| 28 | Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende | X | X | | |
| 29 | Spender verstorben | | X | | X |
| 30 | Monat des Todesdatums ¹² | | | | X |
| 31 | Todesdatum | | X | | |
| 32 | Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹³ | | X | | X |
| 33 | <ul style="list-style-type: none"> • Bilirubin i. S. in mg/dl • Bilirubin i. S. in µmol/l • Bilirubin i. S. unbekannt | | X | | |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> • Gamma-GT • Gamma-GT unbekannt | | X | | |
| 35 | <ul style="list-style-type: none"> • Komplikation | | X | X | X |

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

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 „Datum der Leberlebendspende“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

10 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.

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • unbekannt, ob Komplikation vorliegt | | | | |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • Gallenwegskomplikation • Narbenhernie • leberbezogene Komplikationen • intraabdominelle Komplikationen • sonstige Komplikationen | | | X | |
| 37 | Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich | | | | X |
| 38 | Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen) ¹⁴ | | X | | X |
| 39 | Monat der letzten Transplantation des Spenders ¹⁵ | X | | | X |
| 40 | Datum der letzten Transplantation | X | X | | |

5. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |

¹⁴ 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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴ | | | X | X |
| 18 | Monat des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 19 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |
| 20 | Fachabteilung | X | | | |
| 21 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶ | X | X | | X |
| 22 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷ | | | X | |

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

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

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

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 QS-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)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 23 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? | | | | X |
| 24 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 25 | Geburtsjahr ⁸ | X | | X | |
| 26 | Geschlecht | X | | X | |
| 27 | Körpergröße | | | X | |
| 28 | Körpergewicht bei Aufnahme | | | X | |
| 29 | Grunderkrankung | | X | X | |
| 30 | Blutgruppe [Basisdaten Empfänger] | | X | X | |
| 31 | Cyclosporin [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | |
| 32 | Tacrolimus [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | |
| 33 | Azathioprin [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | |
| 34 | Mycophenolat [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | |
| 35 | Steroide [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | |
| 36 | m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | |
| 37 | andere [Immunsuppression bei Entlassung] | | X | X | X |
| 38 | Patient bei Entlassung tracheotomiert | | X | X | X |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 39 | <ul style="list-style-type: none"> FEV1 (prädiktiver Wert in %) FEV1-Messung nicht möglich | | X | X | |
| 40 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹ | X | X | X | X |
| 41 | Monat des Entlassungstages ¹⁰ | X | X | X | X |
| 42 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 43 | Entlassungsdiagnose(n) ¹¹ | X | | X | |
| 44 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 45 | Todesursache(n) akut | | | X | |
| 46 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation] | | | | X |
| 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 | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | |
| 67 | Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems | | X | | |
| 68 | Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme | | | X | |
| 69 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹² | X | X | X | X |
| 70 | Monat der Operation ¹³ | X | X | X | X |
| 71 | Datum der Transplantation | X | X | | |
| 72 | Operation ¹⁴ | X | | X | |
| 73 | Abbruch der Transplantation | | | X | |
| 74 | Retransplantation | | | | X |
| 75 | Monat der letzten Transplantation ¹⁵ | X | | X | X |
| 76 | Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁶ | | | X | X |
| 77 | Datum der letzten Transplantation | X | X | | |
| 78 | Transplantationsart | | | X | X |
| 79 | simultane Operationen | | X | X | |
| 80 | Ischämiezeit (rechte Lunge) | | X | X | |

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|----------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 81 | Ischämiezeit (linke Lunge) | | X | X | |

6. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation (Follow-up)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴ | | | | 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. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

⁴ Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 15 | Fachabteilung | X | | | |
| 16 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁵ | X | X | | X |
| 17 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶ | | | X | |
| 18 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁷ | | | | X |
| 19 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 20 | Geburtsjahr ⁸ | X | X | X | X |
| 21 | Geschlecht | X | X | X | |
| 22 | Monat der letzten Transplantation ⁹ | X | | | X |
| 23 | Datum der letzten Transplantation | X | X | | |
| 24 | Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁰ | X | X | | X |
| 25 | Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹¹ | X | | | X |
| 26 | Datum der Follow-up-Erhebung | X | X | | |
| 27 | Art der Follow-up-Erhebung | | | X | X |

5 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.

6 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).

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

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 „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

10 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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 28 | Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation | X | X | | |
| 29 | Patient verstorben | | X | | X |
| 30 | Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹² | | X | | X |
| 31 | Monat des Todesdatums ¹³ | | | | X |
| 32 | Todesdatum | | X | | |
| 33 | Todesursache(n) im Verlauf | | | X | |
| 34 | FEV 1 (höchster Wert) | | X | X | |
| 35 | FEV 1 (aktueller Wert) | | X | X | |
| 36 | FEV1-Messung nicht möglich | | | X | 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 |

7. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:

Herz-Lungen-Transplantationen

siehe Verfahren Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

8. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:

Herz-Lungen-Transplantationen (Follow-up)

siehe Verfahren Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

9. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴ | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | | | X | X |
| 18 | Monat des Aufnahmetages ⁶ | X | X | X | X |
| 19 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 20 | Fachabteilung | X | | X | |
| 21 | Geburtsjahr ⁷ | X | X | X | X |
| 22 | Geschlecht [Empfänger] | X | X | X | |
| 23 | Grunderkrankung | | X | X | |
| 24 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 25 | Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen (offen-chirurgisch) am Patienten durchgeführt? | | X | X | X |
| 26 | <ul style="list-style-type: none"> • Herztransplantation • Assist Device/TAH • Koronarchirurgie • Klappenchirurgie • Korrektur angeborener Vitien • sonstige | | X | X | X |
| 27 | <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen am Herzen • Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen unbekannt | | X | X | |
| 28 | Abstand zwischen Aufnahmedatum und Voroperation in Tagen ⁸ | | | | X |
| 29 | Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation | | X | X | |
| 30 | Abstand zwischen Geburtsdatum und letzter thorakaler Voroperation ⁹ | | | | X |
| 31 | Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt? | | X | | X |
| 32 | Hepatitis B | | X | X | |
| 33 | Hepatitis C | | X | X | |
| 34 | Blutgruppe [Empfänger] | | X | X | |
| 35 | Rhesusfaktor [Empfänger] | | | X | |
| 36 | Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert? | | X | 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 werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten thorakalen Voroperation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 37 | Befand sich der Patient vor oder während des stationären Aufenthaltes auf der Warteliste für eine Herztransplantation? | | | X | X |
| 38 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ¹⁰ | X | X | | X |
| 39 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ¹¹ | | | X | |
| 40 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? | | | | X |
| 41 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 42 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹² | X | | X | X |
| 43 | Monat des Entlassungstages ¹³ | X | X | X | X |
| 44 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 45 | Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴ | X | | X | |
| 46 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 47 | Todesursache(n) akut | | | X | |
| 48 | Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde? | | | X | |

10 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)

11 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)

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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 49 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz] | | | | X |
| 50 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz] | X | | | X |
| 51 | Vorgangsnummer, GUID [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz] | X | | | X |
| 52 | Versionsnummer [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz] | | | | X |
| 53 | Wievielte Implantation während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 54 | durchgeführter Eingriff | | X | | X |
| 55 | Zielstellung | | X | X | |
| 56 | Lag bei dem Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs eine akute Herzinsuffizienz vor? | | X | X | |
| 57 | geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage | | | X | |
| 58 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 59 | INTERMACS Profile-Level 1 - 7 | | X | X | |
| 60 | linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35% | | X | X | |
| 61 | 6 Minuten Gehstest: Distanz >= 500 Meter | | X | X | |
| 62 | maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O ₂ /min/kg Körpergewicht | | X | X | |
| 63 | Dokumentierte stationäre Aufnahmen aufgrund Linksherzdekompensation in den letzten 12 Monaten | | X | X | |
| 64 | Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt bekannt | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 65 | OP-Datum [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz] | X | | | |
| 66 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁵ | X | | X | X |
| 67 | Monat der Operation (VAD/TAH) ¹⁶ | X | | | X |
| 68 | Operation [Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz] | X | | X | |
| 69 | Typ des Pumpsystems | | X | X | |
| 70 | Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens | | X | X | |
| 71 | Art des Unterstützungssystems | | X | X | X |
| 72 | Abbruch der Implantation | | X | X | |
| 73 | Sepsis | | X | X | |
| 74 | neurologische Dysfunktion | | X | X | |
| 75 | Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems | | X | X | |
| 76 | Rechtsherzversagen | | | X | |
| 77 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Transplantation] | | | | X |
| 78 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Transplantation] | X | | | X |
| 79 | Vorgangsnummer, GUID [Transplantation] | X | | | X |
| 80 | Versionsnummer [Transplantation] | | | | X |
| 81 | Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 82 | PRA | | X | X | |
| 83 | Dringlichkeit | | X | X | |
| 84 | CAS (Cardiac Allocation Score) | | X | X | |
| 85 | aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung | | X | X | X |

¹⁵ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 86 | Abstand zwischen Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung und Aufnahmedatum in Tagen ¹⁷ | | | X | X |
| 87 | Monat des Beginns der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung ¹⁸ | | | | X |
| 88 | Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung | | X | X | |
| 89 | Lungengefäßwiderstand Wert | | X | X | |
| 90 | Beatmung | | X | X | |
| 91 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l | | | X | |
| 92 | Induktionstherapie | | | X | |
| 93 | Cyclosporin [Immunsuppression initial] | | | X | |
| 94 | Tacrolimus [Immunsuppression initial] | | | X | |
| 95 | Azathioprin [Immunsuppression initial] | | | X | |
| 96 | Mycophenolat [Immunsuppression initial] | | | X | |
| 97 | Steroide [Immunsuppression initial] | | | X | |
| 98 | m-ToR-Inhibitor [Immunsuppression initial] | | | X | |
| 99 | andere [Immunsuppression initial] | | | X | X |
| 100 | Spenderalter | | | X | |
| 101 | Geschlecht [Spender] | X | | X | |
| 102 | Körpergröße [Spender] | | | X | |
| 103 | Körpergewicht | | | X | |
| 104 | Blutgruppe [Spender] | | X | X | |
| 105 | Rhesusfaktor [Spender] | | | X | |
| 106 | Todesursache | | | X | |
| 107 | Vasopressortherapie | | X | X | |
| 108 | CK-Wert | | X | X | |
| 109 | CK-MB-Wert | | X | X | |

¹⁷ 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.

¹⁸ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 110 | Herzstillstand | | X | X | |
| 111 | hypotensive Periode | | X | X | |
| 112 | Koronarangiographie erfolgt | | X | X | |
| 113 | Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme | | | X | |
| 114 | Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems | | | X | X |
| 115 | Kategorie des Spenderorgans | | X | X | |
| 116 | Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls | | X | X | |
| 117 | Datum der Organentnahme | | X | X | |
| 118 | Hämatokrit (Hk) | | X | X | |
| 119 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen [Transplantation] ¹⁹ | X | X | X | X |
| 120 | Monat der Operation ²⁰ | X | X | X | X |
| 121 | OP-Datum [Transplantation] | X | X | | |
| 122 | Operation [Transplantation] ²¹ | X | | X | X |
| 123 | Abbruch der Transplantation | | | X | |
| 124 | Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation | | | X | |
| 125 | kalte Ischämiezeit | | | X | |
| 126 | Cyclosporin [Postoperativer Verlauf] | | | X | |
| 127 | Tacrolimus [Postoperativer Verlauf] | | | X | |
| 128 | Azathioprin [Postoperativer Verlauf] | | | X | |
| 129 | Mycophenolat [Postoperativer Verlauf] | | | X | |
| 130 | Steroide [Postoperativer Verlauf] | | | X | |
| 131 | m-ToR-Inhibitor [Postoperativer Verlauf] | | | X | |
| 132 | andere [Postoperativer Verlauf] | | | | X |
| 133 | Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen | | | X | |
| 134 | Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt | | | X | X |

¹⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

²⁰ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

²¹ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

**10. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:
Herztransplantation (Follow-up)**

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. ⁴ | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 15 | Fachabteilung | X | | | |
| 16 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁵ | X | X | | X |
| 17 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶ | | | 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. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

4 Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.
5 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.

6 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).

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 18 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁷ | | | | X |
| 19 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 20 | Geburtsjahr ⁸ | X | | X | |
| 21 | Geschlecht | X | | X | |
| 22 | Monat der letzten Transplantation ⁹ | X | | | X |
| 23 | Datum der letzten Transplantation | X | X | | |
| 24 | Datum der Follow-up-Erhebung | | X | | |
| 25 | Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen ¹⁰ | | X | X | X |
| 26 | Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹¹ | X | | X | X |
| 27 | Art der Follow-up-Erhebung | | | X | X |
| 28 | Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation | X | X | | |
| 29 | behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up | | | X | X |
| 30 | Anzahl der behandelten Abstoßungs-episoden seit dem letzten Jahres-Follow-up | | | X | |
| 31 | Patient verstorben | | X | X | X |
| 32 | Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation ¹² | | X | X | X |
| 33 | Monat des Todesdatums ¹³ | | | X | X |
| 34 | Todesdatum | | X | | |

⁷ Diese Angabe wird nur für Datensätze nach DeQS-RL exportiert. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

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

¹⁰ 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.

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|----------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 35 | Todesursache(n) im Verlauf | | | X | |
| 36 | Cyclosporin | | | X | |
| 37 | Tacrolimus | | | X | |
| 38 | Azathioprin | | | X | |
| 39 | Mycophenolat | | | X | |
| 40 | Steroide | | | X | |
| 41 | m-ToR-Inhibitor | | | X | |
| 42 | andere | | | X | X |

- 11. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:
Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen**
siehe Verfahren Herztransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

- 12. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer:
Nierenlebendspende**

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 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 |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte Spender ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus Spender ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁴ | | X | X | X |
| 18 | Monat des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 19 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |
| 20 | Fachabteilung | X | | | |
| 21 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁶ | X | X | | X |
| 22 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁷ | | | X | |
| 23 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? | | | | X |
| 24 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET- | | | | X |

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

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

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| | Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | |
| 25 | Geburtsjahr ⁸ | X | | X | X |
| 26 | Geschlecht | X | X | X | |
| 27 | Körpergröße | | | X | |
| 28 | Körpergewicht bei Aufnahme | | | X | |
| 29 | arterielle Hypertonie präoperativ | | | X | |
| 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl [Anamnese] • Kreatininwert i.S. in µmol/l [Anamnese] | | X | X | |
| 31 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁹ | X | X | X | X |
| 32 | Monat der Operation ¹⁰ | X | X | X | X |
| 33 | OP-Datum | X | X | | |
| 34 | Operation ¹¹ | X | | X | |
| 35 | Dauer des Eingriffs | | | X | |
| 36 | Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation | | X | X | |
| 37 | <ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Reoperation erforderlich • sonstige Komplikationen | | X | X | |
| 38 | Spender bei Entlassung dialysepflichtig? | | X | X | X |
| 39 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l [Spender bei Entlassung dialysepflichtig?] | | X | X | |
| 40 | Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. | | X | X | X |
| 41 | Albumin i. U. > = 30mg/l | | X | X | X |
| 42 | Albumin i. U. | | X | X | |
| 43 | arterielle Hypertonie | | | X | |
| 44 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹² | X | | X | X |

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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 45 | Monat des Entlassungstages ¹³ | X | | X | X |
| 46 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 47 | Entlassungsdiagnose(n) ¹⁴ | X | | X | |
| 48 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 49 | Todesursache | | | X | |

13. Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebenspende (Follow-up)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungs-bezogene Gründe |
| 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 Spender ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus Spender ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender ³ | X | X | | X |

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.

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. Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 12 | Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer ⁴ | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 15 | Fachabteilung | X | | | |
| 16 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle ⁵ | X | X | | X |
| 17 | ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister ⁶ | | | X | |
| 18 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor? ⁷ | | | | X |
| 19 | Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor? | | | | X |
| 20 | Geburtsjahr ⁸ | X | | | X |
| 21 | Geschlecht | X | X | X | |
| 22 | Monat der Lebendspende ⁹ | X | | | X |
| 23 | Datum der Nierenlebendspende | X | X | | |
| 24 | Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen ¹⁰ | X | X | | X |
| 25 | Monat des Follow-up Erhebungsdatum ¹¹ | X | | | X |
| 26 | Datum der Follow-up-Erhebung | X | X | | |
| 27 | Art der Follow-up-Erhebung | | | X | |
| 28 | Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende | X | X | X | |
| 29 | Spender verstorben | | X | X | X |

4 Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer.

5 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.

6 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).

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

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 „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

10 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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 30 | Monat des Todesdatums ¹² | | | X | X |
| 31 | Todesdatum | | X | | |
| 32 | Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende ¹³ | | X | | X |
| 33 | Spender dialysepflichtig? | | X | X | X |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l • Kreatininwert i.S. unbekannt | | X | X | |
| 35 | Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. | | X | X | X |
| 36 | Albumin i. U. >= 30mg/l | | X | X | X |
| 37 | Albumin i. U. | | X | X | |
| 38 | <ul style="list-style-type: none"> • Komplikation • unbekannt, ob Komplikation vorliegt | | X | X | |
| 39 | arterielle Hypertonie | | | X | |

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

Wird ergänzt für das Indexjahr 2022.

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

¹³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe an der Aortenklappe, der Mitralklappe und an Herzkranzgefäßen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

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

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

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

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

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

§ 2 Eckpunkte

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

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

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Zum 30. Juni 2027 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich

etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2028 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Krankenhäuser 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 verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

- a) den Krankenhäusern sowie
- b) den Krankenkassen.

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

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung

unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser
- b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. ⁴Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

- a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres
- b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen aus bis zu zwei vorangegangenen Jahren.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

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

- a) die Vollständigkeit der übermittelten Daten gemäß § 16 Absatz 1
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand

- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
 - e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
 - f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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 Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a** 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 Aortenklappeneingriffe
 - d) Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
 - e) Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe
 - f) Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
 - g) Offen-chirurgische kombinierte Herzklappeneingriffe
 - h) Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe.

§ 11 Länderbezogene Auswertungen

- (1) ¹Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Koronarchirurgie und Eingriffe an den Herzklappen. ²Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. ³Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.
- (2) Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Krankenhaus:
- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
 - b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
 - c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
 - d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) ¹Das Institut nach § 137a SGB V führt das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 Absatz 2 Satz 1 bis 4 der Richtlinie und gemäß festgelegten, bundeseinheitlichen Kriterien gemäß Absatz 3 durch. ²Abweichungen des Vorgehens von den festgelegten bundeseinheitlichen Kriterien sind zu begründen und mit der Bundesstelle abzustimmen.

(3) 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 Krankenhäusern gemäß Teil 1 § 3 Satz 2 Nummer 9 der Richtlinie festlegen.

(4) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Bundesfachkommissionen

(1) ¹Die Bundesstelle richtet eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie und Aortenklappe“ und eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Mitralklappe“ ein. ²Die Bundesfachkommissionen übernehmen die fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Auswertungen. ³In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie“ erfolgt die Beratung des Leistungsbereichs gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis d. ⁴In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Mitralklappe“ erfolgt die Beratung der Leistungsbereiche gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe e bis h. ⁵Des Weiteren beraten die Bundesfachkommissionen die Stelle nach § 7 Absatz 2 bei der Bewertung auffälliger Ergebnisse und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie.

(2) ¹Die Bundesfachkommissionen bestehen jeweils aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“ sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie“ oder „Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates erhalten ein Mitberatungsrecht. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. ⁵Alle

Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit Herzerkrankungen.

(3) Die Bundesfachkommissionen übernehmen gemäß Teil 1 § 8a Absatz 2 und 3 der Richtlinie die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung bzw. Durchführung der durch die Bundesstelle beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

¹Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung des Qualitätssicherungsverfahrens „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“ richtet das Institut nach § 137a SGB V ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein, für das jeweils drei ärztliche Vertreterinnen oder Vertreter der beiden Bundesfachkommissionen nach § 14 von diesen benannt werden. ²Darüber hinaus ist aus jeder Bundesfachkommission nach § 14 eine Vertreterin oder ein Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zu benennen. ³Das Expertengremium soll die unter Teil 1 § 26 Absatz 3 genannten Aufgaben wahrnehmen sowie unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen in den unter § 10 Absatz 4 genannten Leistungsbereichen bewerten und ggf. erforderlichen Handlungsbedarf feststellen.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) ¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt sowie differenziert nach

- a) offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)
- b) kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)
- c) Koronarchirurgie (HCH_KC)
- d) kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)
- e) offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)

für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen. ³Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

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

§ 19 Übergangsregelung

(1) Abweichend von § 16 Absatz 1 Satz 6 ist die von den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie zu erstellende Aufstellung für das Erfassungsjahr 2020 wie folgt zu differenzieren:

- a) QS-Verfahren gesamt
- b) Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation
- c) Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation.

(2) Für Indexeingriffe der herzchirurgischen Leistungsbereiche Aortenklappenchirurgie, isoliert, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und Koronarchirurgie, isoliert der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum

31. Dezember 2019 (Abschluss des Erfassungsjahres 2019) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I: Indikatorenlisten (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 | Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 352003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | 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 |
| 6 | 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 |
| 7 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 352007 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts. |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 352008 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 352009 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

b) Indikatorenliste kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

| | |
|---------------|---|
| 1 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe |
| Indikator-ID | 362001 |
| Beschreibung | Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für einen Eingriff an der Mitralklappe vorliegt. |
| Qualitätsziel | Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna |
| 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 |
| 3 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts |
| Indikator-ID | 362003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikator-ID | 362004 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|---|
| 5 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation |
| Indikator-ID | 362022 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 362005 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen |
| Indikator-ID | 362006 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Endokarditiden während des stationären Aufenthalts oder 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 | 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 |
| 10 | 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 |
| 11 | Erneute Koronarchirurgie innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 362011 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|---|
| 12 | 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 |
| 13 | 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 |
| 14 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 362014 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 15 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 362015 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 16 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 362016 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 17 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 362017 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 18 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 362019 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|--|
| 19 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 362020 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 20 | 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 |
| 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 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 372003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres |

| | |
|---------------|--|
| Indikator-ID | 372004 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| 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 |
| 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 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 382003 |

| | |
|---------------|--|
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 382004 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 382006 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 382007 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | 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 einen 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 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 während des stationären Aufenthalts 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 bei 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. |
| 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. |
| 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 einen 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 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 während des stationären Aufenthalts 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 bei einem Mitralklappeneingriff |
| Indikator-ID | 402006 |
| 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 | 402007 |

| | |
|---------------|--|
| 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 | 402008 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 11 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 402009 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 12 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 402011 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 13 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 402012 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 14 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 402013 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

g) Indikatorenliste offen-chirurgische kombinierte Herzklappenchirurgie

| | |
|---------------|---|
| 1 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe |
| Indikator-ID | 412000 |
| Beschreibung | Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für einen Eingriff an der Mitralklappe vorliegt. |
| Qualitätsziel | Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung |

| Indikator-Id | Indikationsstellung |
|---------------|--|
| 2 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts |
| Indikator-ID | 412001 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikator-Id | Ergebnisindikator |
| 3 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikator-ID | 412002 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikator-Id | Ergebnisindikator |
| 4 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation |
| Indikator-ID | 412016 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst neurologische Komplikationen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikator-Id | Ergebnisindikator |
| 5 | Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 412003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikator-Id | Ergebnisindikator |
| 6 | Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen |
| Indikator-ID | 412004 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Endokarditiden während des stationären Aufenthalts innerhalb von 90 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikator-Id | 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 |
| Indikator-Id | 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 |

| | |
|---------------|--|
| Indikator-Id | 412007 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres |
| Indikator-Id | 412008 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator-Id | 412009 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator-Id | 412010 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator-Id | 412011 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator-Id | 412013 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikator-Id | 412014 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |

| | |
|---------------|--|
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 16 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 412015 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

h) Indikatorenliste kathetergestützte, kombinierte Herzklappeneingriffe

| | |
|---------------|---|
| 1 | Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe |
| Indikator-ID | 422000 |
| Beschreibung | Der Indikator überprüft, ob eine leitlinienkonforme Indikation für einen Eingriff an der Mitralklappe vorliegt. |
| Qualitätsziel | Möglichst häufige leitlinienkonforme Indikationsstellung |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts |
| Indikator-ID | 422001 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst postprozedurales akutes Nierenversagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikator-ID | 422002 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation |
| 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 während des stationären Aufenthalts innerhalb von 90 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen |
| Indikator- typ | 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 |
| Indikator- typ | 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 |
| Indikator- typ | 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 |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 10 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 422008 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 11 | Erneuter Aortenklappeneingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 422009 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |
| 12 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 422010 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikator- typ | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|--|
| 13 | Erneuter Mitralklappeneingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 422011 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 14 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 422013 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle während des stationären Aufenthalts. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 15 | Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen |
| Indikator-ID | 422014 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 16 | Sterblichkeit innerhalb eines Jahres |
| 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 (QS KCHK)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | X | X | X | X |
| 18 | Geburtsjahr ⁶ | X | | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | X | X | |
| 20 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt | | X | X | |
| 21 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt | | X | X | |
| 22 | klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation) | | X | X | |
| 23 | medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme) | | X | X | X |
| 24 | <ul style="list-style-type: none"> • Betablocker • AT1-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Neprilysin-Hemmer • Diuretika • Aldosteronantagonisten • andere Medikation zur Therapie der Herzinsuffizienz | | X | X | |
| 25 | Angina Pectoris | | X | X | |
| 26 | klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI | | X | X | |
| 27 | kardiogener Schock / Dekompensation | | X | X | |
| 28 | Reanimation [Anamnese / Befund] | | X | X | |
| 29 | <ul style="list-style-type: none"> • systolischer Pulmonalarteriendruck • systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt | | X | X | |
| 30 | Herzrhythmus | | X | X | |
| 31 | Vorhofflimmern anamnestisch bekannt | | X | X | |
| 32 | Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger | | X | X | |
| 33 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> • LVEF • LVEF unbekannt | | X | X | |
| 35 | Befund der koronaren Bildgebung | | X | X | |
| 36 | Hauptstammstenose | | X | X | |

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 37 | Revaskularisation indiziert | | X | X | |
| 38 | Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt? | | X | X | |
| 39 | Datum letzte PCI | | X | X | |
| 40 | Anzahl | | X | X | |
| 41 | akute Infektion(en) ⁷ | | X | X | |
| 42 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 43 | arterielle Gefäßerkrankung | | X | X | X |
| 44 | periphere AVK | | X | X | |
| 45 | Arteria Carotis | | X | X | |
| 46 | Aortenaneurysma | | X | X | |
| 47 | sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en) | | X | X | X |
| 48 | Lungenerkrankung(en) | | X | X | |
| 49 | neurologische Erkrankung(en) | | X | X | X |
| 50 | Schweregrad der Behinderung | | X | X | |
| 51 | präoperative Nierenersatztherapie | | X | X | X |
| 52 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l | | X | X | |
| 53 | korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung | | X | X | |
| 54 | geplantes funktionelles Ergebnis erreicht | | X | X | |
| 55 | neu aufgetretener Herzinfarkt | | X | X | |
| 56 | Reanimation | | X | 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 | |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 62 | Mediastinitis | | X | X | |
| 63 | zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung | | X | X | X |
| 64 | Abstand OP-Datum - zerebrovaskuläres Ereignis ⁸ | | X | X | |
| 65 | Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses | | X | X | |
| 66 | Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung | | X | X | |
| 67 | therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen | | X | X | X |
| 68 | <ul style="list-style-type: none"> • Infektion(en) • Sternuminstabilität • Gefäßruptur • Dissektion • therapierelevante Blutung/ Hämatom • Ischämie • AV-Fistel • Aneurysma spurium • sonstige | | X | X | |
| 69 | mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial | | X | X | |
| 70 | paravalvuläre Leckage | | X | X | |
| 71 | Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator | | X | X | |
| 72 | Entlassungsdiagnose(n) ⁹ | X | | X | |
| 73 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 74 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 75 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 76 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur] | | | | X |
| 77 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur] | X | | | X |

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

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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 78 | Vorgangsnummer, GUID [Prozedur] | X | | | X |
| 79 | Versionsnummer [Prozedur] | | | | X |
| 80 | Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 81 | Konversionseingriff | | X | X | X |
| 82 | OP-Datum | X | X | | |
| 83 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹² | X | X | X | X |
| 84 | Quartal der Operation ¹³ | X | | X | X |
| 85 | Operation ¹⁴ | X | | X | |
| 86 | Koronarchirurgie | | X | X | X |
| 87 | Aortenklappeneingriff | | X | X | X |
| 88 | Mitralklappeneingriff | | X | X | X |
| 89 | weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen | | X | X | X |
| 90 | <ul style="list-style-type: none"> • Eingriff an der Trikuspidalklappe • Eingriff an der Pulmonalklappe • Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand • Vorhofablation • Eingriff an herznahen Gefäßen • Herzohrverschluss/ -amputation • interventioneller Koronareingriff (PCI) • sonstige | | X | X | |
| 91 | Zugang | | X | X | |
| 92 | Patient wird beatmet | | X | X | |
| 93 | Dringlichkeit | | X | X | |
| 94 | Nitrate (präoperativ) | | X | X | |
| 95 | Troponin positiv (präoperativ) | | X | X | |
| 96 | Inotrope (präoperativ) | | X | X | |
| 97 | (präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung | | X | X | |
| 98 | Wundkontaminationsklassifikation | | X | X | |
| 99 | Dauer des Eingriffs | | X | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 100 | <ul style="list-style-type: none"> Dosis-Flächen-Produkt Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt | | X | X | |
| 101 | <ul style="list-style-type: none"> Kontrastmittelmenge kein Kontrastmittel appliziert | | | X | |
| 102 | Intraprozedurale Komplikationen | | X | X | X |
| 103 | <ul style="list-style-type: none"> Device-Fehlpositionierung Koronarostienverschluss Aortendissektion Aortenregurgitation > = 2. Grades Annulus-Ruptur Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle Perikardtamponade kardiale Dekompensation Hirnembolie Rhythmusstörungen Device-Embolisation vaskuläre Komplikation Low Cardiac Output schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural) Patient verstarb im OP/Katheterlabor | | X | X | X |
| 104 | Therapie des Low Cardiac Output | | X | X | |
| 105 | Konversion | | X | X | X |
| 106 | Grund für die Konversion | | X | X | |
| 107 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Koronarchirurgie] | | | | X |
| 108 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Koronarchirurgie] | X | | | X |
| 109 | Vorgangsnummer, GUID [Koronarchirurgie] | X | | | X |
| 110 | Versionsnummer [Koronarchirurgie] | | | | X |
| 111 | Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 112 | Anzahl der Grafts | | X | X | X |
| 113 | <ul style="list-style-type: none"> ITA links sonstige Grafts | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 114 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Aortenklappeneingriff] | | | | X |
| 115 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Aortenklappeneingriff] | X | | | X |
| 116 | Vorgangsnummer, GUID [Aortenklappeneingriff] | X | | | X |
| 117 | Versionsnummer [Aortenklappeneingriff] | | | | X |
| 118 | Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 119 | Stenose | | | X | |
| 120 | Insuffizienz | | | X | |
| 121 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Mitralklappeneingriff] | | | | X |
| 122 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Mitralklappeneingriff] | X | | | X |
| 123 | Vorgangsnummer, GUID [Mitralklappeneingriff] | X | | | X |
| 124 | Versionsnummer [Mitralklappeneingriff] | | | | X |
| 125 | Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 126 | Beschwerdebild der Mitralklappenerkrankung | | X | X | |
| 127 | Mitralklappenvitium | | X | X | X |
| 128 | führende Genese der Mitralklappeninsuffizienz | | X | X | |
| 129 | <ul style="list-style-type: none"> effektive Mitralklappenregurgitationsfläche (EROA) Mitralklappenregurgitationsfläche unbekannt | | X | X | |
| 130 | <ul style="list-style-type: none"> Mitralklappenregurgitationsvolumen (RVOL) Mitralklappenregurgitationsvolumen unbekannt | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 131 | <ul style="list-style-type: none"> Vena contracta Vena contracta unbekannt | | X | X | |
| 132 | <ul style="list-style-type: none"> LVESD LVESD unbekannt | | X | X | |
| 133 | <ul style="list-style-type: none"> Mitralklappenöffnungsfläche Mitralklappenöffnungsfläche unbekannt | | X | X | |
| 134 | linksatrialer Thrombus | | X | X | |
| 135 | Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder -halteapparat) auffällig? | | X | X | X |
| 136 | <ul style="list-style-type: none"> Segelprolaps Flail leaflet Ruptur der Papillarmuskulatur erhebliche Koaptationslücke Verdickung Verkalkung/Sklerosierung Vegetationen Kommissurenfusionen | | X | X | X |
| 137 | operationsassoziiertes Risiko aufgrund schwerer Begleiterkrankungen | | X | X | |
| 138 | hohes Risiko für Embolie | | X | X | |
| 139 | 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 Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| § 301 (Krankenhäuser) | | | | | | |
| 1. | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹ | source(301)@quelle | | | | X |

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

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

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 Indikator- oder Kennzahlberechnung | 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 | |
| 9. | Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ,0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | X | X | X | |
| 10. | Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek | X | X | X | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | |
| 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.Prozedurenschlüssel@ops | X | X | X | |
| 14. | Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden) | 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum | X | | | |

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------|--|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 15. | Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles | 301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung | | | X | |
| 16. | Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x) ⁴ | inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung | | | X | |
| § 301 (AMBO) | | | | | | |
| 17. | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁵ | source(kh_ambo)@quelle | | | | X |
| 18. | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ⁶ | cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art | | | | X |
| 19. | Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ⁷ | state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland | | | X | X |
| 20. | IK der behandelnden Einrichtung | kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer | X | X | | |
| 21. | Tag des Zugangs | kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum | X | | | |

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 Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe |
| 22. | Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd | X | | X | |
| 23. | Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit | | | X | |
| 24. | Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek | X | | X | |
| 25. | Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose | kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek | | | X | |
| 26. | Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation ⁸ | ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm | X | | X | |
| 27. | Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen | kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum | X | | | |

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|--|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | 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 | |
| 29. | Datum der Prozedur | kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum | X | | | X |
| § 295 (kollektivvertraglich) | | | | | | |
| 30. | Angabe der Quelle des Datensatzes ⁹ | source(295k)@quelle | | | | X |
| 31. | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁰ | cp_type(295k.INL.1/1.2)@art | | | | X |
| 32. | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹¹ | kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion | | | X | X |
| 33. | BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes | 295k.INL.1/1.2@nummer | X | X | | |
| 34. | Erstes Behandlungsdatum im Quartal | 295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum | X | | | |
| 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 | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|---|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe |
| 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 | |
| 39. | Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen! | 295k.LED.5/5.3.2@datum | X | | | |
| 40. | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung | 295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops | X | | X | |
| § 284 (Stammdaten) | | | | | | |
| 41. | Geschlecht des Versicherten | Stamm@geschlecht | X | | X | |
| 42. | Geburtsjahr des Versicherten | Stamm@gebjahr | X | | X | |
| 43. | Sterbedatum des Versicherten | Stamm@sterbedatum | | X | | |
| 44. | Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte) | Stamm@V | X | X | | |
| 45. | Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.) ¹² | Stamm@versicherungsdatum | | | | X |

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 46. | Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal | Stamm@versicherungsstatus | | | X | X |
| § 295 (selektivvertraglich) | | | | | | |
| 47. | Angabe der Quelle des Datensatzes ¹³ | source(295s)@quelle | | | | X |
| 48. | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁴ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art | | | | X |
| 49. | KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR ¹⁵ | kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion | | | X | X |
| 50. | BSNR der Praxis | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer | X | X | | |
| 51. | Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) ¹⁶ | cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art | | | | X |
| 52. | Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse ¹⁷ | state_key(295s.Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland | | | X | X |
| 53. | Institutionskennzeichen des Leistungserbringers | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer | X | X | | |

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Beschreibung | Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------|--|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe |
| 54. | Erster Tag des Abrechnungszeit-raums | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnun gszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginnd atum | X | | | |
| 55. | Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnun gszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedat um | X | | | |
| 56. | 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 | | | |
| 57. | Sicherheit der Diagnose | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6 /6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit | | | X | |
| 58. | Datum der Diagnose | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6 /6.2.4 Diagnosedatum@datum | X | | | |
| 59. | Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operation sschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops | X | | X | |
| 60. | Datum der Prozedur | 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operation sschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum | X | | | X |
| Administrative Daten | | | | | | |
| 61. | IKNR der Krankenkasse | Admin@kasseiknr | X | | | X |
| 62. | Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei | sequential_nr(Admin)@lfdnr | | | | X |

Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). ²Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. ³Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Karotis-Revaskularisation“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS KAROTIS“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle
- c) Prozessqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1 Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, von denen mindestens eine oder einer die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Gefäßchirurgie und mindestens eine oder einer die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie führen muss und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Gefäßchirurgie oder der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist

bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs Karotis-Revaskularisation der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS KAROTIS)

| | |
|---------------|--|
| 1 | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Indikator-ID | 603 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt. |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch |
| Indikator-ID | 604 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt. |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 3 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation |
| Indikator-ID | 52240 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen Schlaganfall erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine elektive offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose simultan mit einer aortokoronaren Bypassoperation durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Keine periprozeduralen Schlaganfälle oder Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch |
| Indikator-ID | 11704 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation. |
| Qualitätsziel | Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt |
| Indikator-ID | 51437 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 60 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Bei asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET) vorliegt |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 6 | Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt |
| Indikator-ID | 51443 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einem Stenosegrad von mindestens 50 % (NASCET) an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Bei symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad $\geq 50\%$ (NASCET) vorliegt |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 7 | Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt |
| Indikator-ID | 51873 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation. |
| Qualitätsziel | Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit |
| Indikator-ID | 161800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, die beim ersten Eingriff offen-chirurgisch oder kathetergestützt behandelt wurden und periprozedurale neurologische Symptome aufwiesen. |
| Qualitätsziel | Fachneurologische Untersuchung im Falle eines postprozedural neu aufgetretenen neurologischen Defizits |
| Indikatortyp | Prozessindikator |

Diese Richtlinie ist in Kraft.
nicht mehr

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (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 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 10 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 11 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 12 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 13 | Fachabteilung | X | | | |
| 14 | Geburtsjahr ¹ | X | | X | X |
| 15 | Geschlecht | X | | X | |
| 16 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt | | X | X | |
| 17 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt | | X | X | |
| 18 | Quartal des Aufnahmetages ² | X | | X | X |

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 19 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³ | | X | X | X |
| 20 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 21 | präoperative Nierenersatztherapie | | X | X | X |
| 22 | <ul style="list-style-type: none"> • Kreatininwert i.S. in mg/dl • Kreatininwert i.S. in µmol/l | | X | X | |
| 23 | Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor? | | X | X | X |
| 24 | Karotisläsion rechts | | X | X | X |
| 25 | symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv) | | X | X | |
| 26 | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes • Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen. | | X | X | |
| 27 | symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall) | | X | X | X |
| 28 | Karotisläsion links | | X | X | X |
| 29 | symptomatische Karotisläsion links (elektiv) | | X | X | |
| 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes • Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen. | | X | X | |
| 31 | symptomatische Karotisläsion links (Notfall) | | X | X | X |
| 32 | Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme) | | X | X | |
| 33 | Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien) | | X | X | |
| 34 | Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien) | | X | X | |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 35 | sonstige Karotisläsionen der rechten Seite | | | X | X |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige [sonstige Karotisläsionen der rechten Seite] | | X | X | |
| 37 | sonstige Karotisläsionen der linken Seite | | | X | X |
| 38 | <ul style="list-style-type: none"> • exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung • Aneurysma • symptomatisches Coiling • Mehretagenläsion • sonstige [sonstige Karotisläsionen der linken Seite] | | X | X | |
| 39 | Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff? | | X | X | X |
| 40 | Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff) | | X | X | |
| 41 | Quartal des Entlassungstages ⁴ | X | | | X |
| 42 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵ | X | | X | X |
| 43 | Entlassungsdiagnose(n) ⁶ | X | | | |
| 44 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 45 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur] | | | | X |
| 46 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur] | X | | | X |
| 47 | Vorgangsnummer, GUID [Prozedur] | X | | | X |
| 48 | Versionsnummer [Prozedur] | | | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 49 | Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 50 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | X | X | X |
| 51 | Quartal der Operation ⁸ | X | | | X |
| 52 | <ul style="list-style-type: none"> Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) Eingriff ohne Narkose erfolgt | | X | X | |
| 53 | Indikation | | X | X | |
| 54 | therapierte Seite | | X | X | |
| 55 | Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite? | | | | X |
| 56 | Prozedur(en) ⁹ | X | | | |
| 57 | Art des Eingriffs | | X | X | |
| 58 | Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem? | | X | X | |
| 59 | Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis? | | X | X | |
| 60 | Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt? | | X | X | |
| 61 | Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern? | | | X | X |
| 62 | <ul style="list-style-type: none"> ASS Clopidogrel sonstige ADP-Rezeptorantagonisten GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten sonstige | | X | X | |
| 63 | Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt? | | X | X | |
| 64 | neu aufgetretenes neurologisches Defizit | | X | X | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 65 | Schweregrad des neurologischen Defizits | | X | X | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens sind ambulant erworbene Pneumonien bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „ambulant erworbene Pneumonie“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS CAP“ (community-acquired pneumonia) genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- b) Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts.

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

- a) Verbesserung der Prozessqualität
- b) Verringerung der Sterblichkeit.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationären Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (Indexbehandlungen).

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1 Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten Krankenhäuser, die mindestens eine Patientin oder einen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 behandelt haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Behandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

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

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

- (1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.
- (2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser, und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin. ²Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser sowie der Krankenkassen muss die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie führen. ³Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁴Die 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 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁵Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr

hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind die Auswertungen aus dem Vorjahr, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für stationäre Behandlungen im Leistungsbereich ambulant erworbene Pneumonie der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS CAP)

| | | |
|---------------|--|---|
| 1 | | Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie |
| Indikator-ID | 2005 | |
| Beschreibung | Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme durchgeführt wurde. | |
| Qualitätsziel | Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 2 | | Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme |
| Indikator-ID | 2009 | |
| Beschreibung | Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchgeführt wurde. | |
| Qualitätsziel | Häufig eine frühe antimikrobielle Therapie nach der Aufnahme durchführen | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 3 | | Frühmobilisation nach Aufnahme |
| Indikator-ID | 2013 | |
| Beschreibung | Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste Mobilisation nach der Aufnahme durchgeführt wurde. | |
| Qualitätsziel | Häufig eine Frühmobilisation nach der Aufnahme durchführen | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 4 | | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Indikator-ID | 2028 | |
| Beschreibung | Der Indikator gibt an, wie häufig die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung vollständig bestimmt wurden. | |
| Qualitätsziel | Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |
| 5 | | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 50778 | |
| Beschreibung | Der Indikator gibt die risikoadjustierte Sterblichkeit im Krankenhaus an. | |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus | |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator | |
| 6 | | Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme |
| Indikator-ID | 50722 | |
| Beschreibung | Der Indikator gibt an, wie häufig die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme erfolgte. | |
| Qualitätsziel | Möglichst immer die Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme durchführen | |
| Indikatortyp | Prozessindikator | |

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CAP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (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 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 10 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 11 | aufnehmender Standort | X | X | X | |
| 12 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 13 | Fachabteilung | X | | | |
| 14 | Geburtsjahr ¹ | X | | X | X |
| 15 | Geschlecht | X | X | X | |
| 16 | Quartal des Aufnahmetages ² | X | | X | X |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³ | X | X | X | X |
| 18 | Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung | | X | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 19 | Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung | | X | X | |
| 20 | chronische Bettlägerigkeit | | X | X | |
| 21 | bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle | | X | X | X |
| 22 | Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? [Aufnahme] | | X | X | |
| 23 | <ul style="list-style-type: none"> spontane Atemfrequenz spontane Atemfrequenz nicht bestimmt [Aufnahme] | | X | X | |
| 24 | Blutdruck systolisch | | X | X | |
| 25 | Blutdruck diastolisch | | X | X | |
| 26 | Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie | | X | X | |
| 27 | erste Sauerstoffsättigung | | X | X | |
| 28 | initiale antimikrobielle Therapie | | X | X | |
| 29 | Beginn der Mobilisation | | X | X | |
| 30 | maschinelle Beatmung | | X | X | |
| 31 | Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde? | | X | X | X |
| 32 | Abstand Aufnahmedatum bis Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte ⁴ | | | X | X |
| 33 | Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum ⁵ | | | X | X |
| 34 | Quartal des Entlassungstages ⁶ | X | | | X |

4 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

5 In der Dokumentationssoftware wird über die Datenfelder „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ und „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 35 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁷ | X | X | X | X |
| 36 | Entlassungsdiagnose(n) ⁸ | X | X | X | |
| 37 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 38 | Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person? | | X | X | |
| 39 | stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme | | X | X | |
| 40 | spontane Atemfrequenz [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung] | | X | X | |
| 41 | Herzfrequenz | | X | X | |
| 42 | Temperatur | | X | X | |
| 43 | Sauerstoffsättigung | | X | X | |
| 44 | Blutdruck systolisch [Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung] | | X | X | |

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

⁸ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust. ²Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden. ³Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Prozessqualität
- c) Ergebnisqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1 Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollständigkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. ²Von diesen Vertreterinnen oder Vertretern sollte jeweils eine oder einer über die Bezeichnung Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie verfügen. ³Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. ⁴Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁵Die 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 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁶Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung

und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln.⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter.⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen.⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung.²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird.²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden.³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus.²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs „Mammachirurgie“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS MC)

| | |
|---------------|---|
| 1 | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
| Indikator-ID | 51846 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen vor einem Ersteingriff bei Primärerkrankung DCIS oder invasives Mammakarzinom prätherapeutisch eine histologische Diagnosesicherung vorgenommen wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate |
| Indikator-ID | 52267 |
| Beschreibung | Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator niedrige Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening. |
| Qualitätsziel | Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate |
| Indikator-ID | 52278 |
| Beschreibung | Ab 4 indikatorrelevanten Fällen erfasst der Indikator hohe Raten an HER2-Positivität in Krankenhausstandorten bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom und bekanntem Hormonrezeptorstatus unter Berücksichtigung der Risikofaktoren Alter, Nodalstatus, Grading, Hormonrezeptorstatus und Früherkennung durch Mammografiescreening. |
| Qualitätsziel | Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 4 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung ¹ |
| Indikator-ID | 52330 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ mammografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 5 | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung ¹ |

| | |
|---------------|--|
| Indikator-ID | 52279 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei brusterhaltenden Operationen intraoperativ eine bildgebende Präparatkontrolle nach präoperativ sonografisch gesteuerter Drahtmarkierung erhalten. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie. |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 6 | Primäre Axilladisektion bei DCIS¹ |
| Indikator-ID | 2163 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS im prätherapeutischen Histologiebefund eine primäre Axilladisektion erhalten. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 7 | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
| Indikator-ID | 50719 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei Primärerkrankung und DCIS bei brusterhaltender Therapie eine axilläre Lymphknotenentnahme erhalten. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 8 | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
| Indikator-ID | 51847 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit negativem Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie erhielten und bei denen keine Axilladisektion durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 9 | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
| Indikator-ID | 51370 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit maligner Neoplasie der Mamma und prätherapeutisch durchgeführter histologischer Diagnosesicherung, bei denen die Zeitspanne zwischen der pathologischen Befundung und dem ersten offenen operativen Eingriff weniger als 7 Tage beträgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff |

| | |
|---------------|---|
| Indikator-10 | Prozessindikator |
| 10 | Nachresektionsrate |
| Indikator-ID | 60659 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Nachresektionen bei Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort bei abgeschlossener primär-operativer Therapie und erreichtem R0-Status. |
| Qualitätsziel | Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff |
| Indikator-11 | Ergebnisindikator |
| 11 | Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS |
| Indikator-ID | 211800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS als Primärerkrankung und Ersteingriff, die nach abgeschlossener primär-operativer Therapie eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten. |
| Qualitätsziel | Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS |
| Indikator-12 | Prozessindikator |
| 12 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk |
| Indikator-ID | 212000 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff |
| Indikator-13 | Prozessindikator |
| 13 | Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk |
| Indikator-ID | 212001 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden ohne Mikrokalk bei Primärerkrankung und Ersteingriff. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff |
| Indikator-13 | Prozessindikator |

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

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (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 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 10 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 11 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 12 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 13 | Fachabteilung | X | | | |
| 14 | Geburtsjahr ¹ | X | | X | X |
| 15 | Geschlecht | X | | X | |
| 16 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |
| 17 | Quartal des Aufnahmetages ² | X | | X | X |
| 18 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³ | | X | X | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 19 | Aufnahmediagnose(n) ⁴ | X | | | |
| 20 | postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz | | X | X | |
| 21 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | X | | |
| 22 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵ | X | X | X | X |
| 23 | Quartal des Entlassungstages ⁶ | X | | | X |
| 24 | Entlassungsdiagnose(n) ⁷ | X | | X | |
| 25 | Entlassungsgrund | X | | X | |
| 26 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Brust] | | | | X |
| 27 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Brust] | X | | | X |
| 28 | Vorgangsnummer, GUID [Brust] | X | | | X |
| 29 | Versionsnummer [Brust] | | | | X |
| 30 | betroffene Brust/Seite | | | X | X |
| 31 | Erkrankung an dieser Brust | | X | X | X |
| 32 | Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust | | X | X | X |
| 33 | Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt? | | X | X | |
| 34 | tastbarer Mammabefund | | X | X | X |
| 35 | Mikrokalk ohne Herdbefund | | X | X | |
| 36 | Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms | | X | X | |
| 37 | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie | | X | X | X |
| 38 | Histologie | | | X | X |
| 39 | maligne Neoplasie [Histologie] | | X | X | |
| 40 | Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes | | X | | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 41 | Grading | | X | X | |
| 42 | Hormonrezeptorstatus | | X | X | |
| 43 | HER2-Status | | X | X | |
| 44 | Ki67-Status | | X | X | |
| 45 | Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen ⁸ | | X | X | X |
| 46 | Quartal (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes ⁹ | | X | | X |
| 47 | prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz | | X | X | |
| 48 | erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie | | X | X | |
| 49 | Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde | | | X | X |
| 50 | maligne Neoplasie [Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde] | | X | X | X |
| 51 | primär-operative Therapie abgeschlossen | | X | X | X |
| 52 | weitere Therapieempfehlung | | X | X | |
| 53 | pT | | X | X | |
| 54 | pN | | X | X | |
| 55 | Grading (WHO) | | X | X | |
| 56 | Gesamttumorgröße | | X | X | |
| 57 | Grading (Elston und Ellis) | | X | X | |
| 58 | immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus | | X | X | |
| 59 | HER2-Status | | X | X | |
| 60 | histologisch gesicherte Multizentrität | | X | X | |
| 61 | R0-Resektion | | X | X | X |
| 62 | geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand | | X | X | |
| 63 | Wie viele Nachoperationen an der | | X | X | |

⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

⁹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt? | | | | |
| 64 | brusterhaltende Therapie (BET) | | X | X | |
| 65 | Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt | | X | X | |
| 66 | Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt | | X | X | |
| 67 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Operation] | | | | X |
| 68 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation] | X | | | X |
| 69 | Vorgangsnummer, GUID [Operation] | X | | | X |
| 70 | Versionsnummer [Operation] | | | | X |
| 71 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Operation] | | | | X |
| 72 | Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 73 | präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren | | X | X | X |
| 74 | intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie | | X | X | |
| 75 | OP-Datum | X | X | | |
| 76 | postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹⁰ | X | X | X | X |
| 77 | Quartal der Operation ¹¹ | X | | | X |
| 78 | Operation ¹² | X | X | X | X |
| 79 | Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt | | X | X | |

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind gynäkologische Eingriffe. ²Erfasst werden stationär durchgeführte Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien) bei Patientinnen ab 11 Jahren. ³Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Gynäkologische Operationen“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS GYN-OP“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Komplikationen
- c) Prozessqualität.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte die Krankenhäuser und in den Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1 Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte

nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

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

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

- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

- (1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.
- (2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. ²Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. ³Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ⁴Die 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 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁵Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für

Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs „Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS GYN-OP)

| | |
|---------------|---|
| 1 | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation ¹ |
| Indikator-ID | 51906 |
| Beschreibung | Es werden alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei der ersten laparoskopischen bzw. einer ausschließlich laparoskopischen und abdominalen Operation betrachtet und mit der Referenzpopulation unter Berücksichtigung des patientenindividuellen Risikos verglichen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung ¹ |
| Indikator-ID | 12874 |
| Beschreibung | Aus allen isolierten Ovareingriffen mit Gewebeentfernung werden Patientinnen mit fehlender postoperativer Histologie betrachtet. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 3 | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund ¹ |
| Indikator-ID | 10211 |
| Beschreibung | Aus allen isolierten Ovareingriffen mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe werden diejenigen Patientinnen betrachtet, bei denen die vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 4 | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Indikator-ID | 60685 |
| Beschreibung | Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen bis 45 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 5 | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| Indikator-ID | 60686 |
| Beschreibung | Aus der Gesamtpopulation der Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre, bei denen eine Operation am Ovar oder der Tuba uterina durchgeführt wurde, werden alle Patientinnen betrachtet, bei denen eine beidseitige |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | Ovariectomie, bei Vorliegen eines führenden benignen histologischen Befundes oder eines Normalbefundes durchgeführt wurde. |
| Indikatortyp | Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe Indikationsstellung |
| 6 | Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre |
| Indikator-ID | 612 |
| Beschreibung | Aus allen Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit führendem histologischem Normalbefund oder benigner Histologie, werden die Operationen betrachtet, die organerhaltend durchgeführt wurden. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Organerhaltung bei Operationen am Ovar mit histologischem Normalbefund oder benigner Histologie |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 7 | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Indikator-ID | 52283 |
| Beschreibung | Aus allen isolierten Operationen am Ovar- oder Tuba uterina, die bei Patientinnen durchgeführt wurden, wird die assistierte Blasenentleerung, welche mittels transurethralem Dauerkatheter und länger als 24 Stunden durchgeführt wurde, als Outcome betrachtet. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit einer assistierten Blasenentleerung mittels transurethralen Dauerkatheters länger als 24 Stunden nach einer Operation am Ovar- oder Tuba uterina |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |

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

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (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 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 10 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 11 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 12 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 13 | Fachabteilung | X | | | |
| 14 | Geburtsjahr ¹ | X | | | X |
| 15 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |
| 16 | Quartal des Aufnahmetages ² | X | | X | X |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³ | X | X | X | X |
| 18 | Aufnahmediagnose(n) ⁴ | X | | | |

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

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

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

⁴ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 19 | Entlassungsdatum Krankenhaus | X | | | |
| 20 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵ | X | | X | X |
| 21 | Quartal des Entlassungstages ⁶ | X | | | X |
| 22 | Entlassungsdiagnose(n) ⁷ | X | X | X | |
| 23 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 24 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Operation] | | | | X |
| 25 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Operation] | X | | | X |
| 26 | Vorgangsnummer, GUID [Operation] | X | | | X |
| 27 | Versionsnummer [Operation] | | | | X |
| 28 | Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 29 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 30 | Voroperation im OP-Gebiet | | X | X | |
| 31 | OP-Datum | X | | | |
| 32 | postoperative Verweildauer, Differenz in Tagen ⁸ | X | | X | X |
| 33 | Quartal der Operation ⁹ | X | | | X |
| 34 | Operation ¹⁰ | X | X | X | X |
| 35 | Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden? | | X | | |
| 36 | intraoperative Komplikationen | | | X | X |
| 37 | <ul style="list-style-type: none"> • Blase • Harnleiter • Urethra • Darm • Uterus • Gefäß-/Nervenläsion • Lagerungsschaden • andere Organverletzungen • andere intraoperative Komplikationen | | X | X | |

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

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

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

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

9 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ 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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 38 | postoperative Histologie | | X | X | X |
| 39 | führender Befund | | X | X | X |
| 40 | assistierte Blasenentleerung | | X | X | X |
| 41 | <ul style="list-style-type: none"> • wiederholte Einmalkatheterisierung • transurethraler Dauerkatheter • suprapubischer Dauerkatheter | | X | X | |
| 42 | Dauer der assistierten Blasenentleerung | | X | X | |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens ist die Erfassung von Dekubitalulcera-Grad/Kategorie 2 oder höhergradig bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts. ²Diese werden nachfolgend als „Indexereignisse“ bezeichnet.

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

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgenden qualitätsrelevanten Aspekt messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts.

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

a) Verbesserung der Prozessqualität

b) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär aufgetretenen Indexereignisse.

(2) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(4) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexereignissen in den nach § 108 SGB V zugelassenen

Krankenhäusern einbezogen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da die durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1 Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) und der Risikostatistik der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht unter Berücksichtigung der Risikostatistik sowie vierteljährliche Zwischenberichte ohne Berücksichtigung der Risikostatistik erhalten Krankenhäuser, die stationäre Leistungen erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis auftrat
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

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

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

- (1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.
- (2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde oder die als Arzt oder Ärztin approbiert sind. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sowie die Risikostatistik sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28.

Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter. ⁸Sie leiten die Risikostatistik unverzüglich bis spätestens zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexereignisse des Leistungsbereichs Pflege: Dekubitusprophylaxe der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erfasst worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS DEK)

| | |
|---------------|--|
| 1 | Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Indikator-ID | 52009 |
| Beschreibung | Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad 2 bis 4 oder einem Dekubitus, der hinsichtlich des Grades/der Kategorie nicht näher bezeichnet wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/bezeichneter Kategorie bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Indikator-ID | 52010 |
| Beschreibung | Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahre aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 4 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, als Outcome betrachtet. |
| Qualitätsziel | Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Grad/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (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 * | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 10 * | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 11 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 12 | Fachabteilung | X | | | |
| 13 * | Geburtsjahr ¹ | X | | X | X |
| 14 | Geschlecht | X | | X | |
| 15 * | Monat des Aufnahmetages ² | X | | X | X |
| 16 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ³ | X | X | X | X |
| 17 | Aufnahmegrund | X | | X | |
| 18 | Monat des Entlassungstages ⁴ | X | X | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 19 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁵ | X | | | X |
| 20 | Verweildauer im Krankenhaus in Stunden | | X | | X |
| 21 | Entlassungsgrund | X | | X | |
| 22 * | Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2 | | X | X | |
| 23 * | sonstiger Diabetes Mellitus | | X | X | |
| 24 * | eingeschränkte Mobilität | | X | X | |
| 25 * | Infektion | | X | X | |
| 26 * | Demenz und Vigilanzstörung | | X | X | |
| 27 * | Inkontinenz | | X | X | |
| 28 * | Untergewicht oder Mangelernährung | | X | X | |
| 29 * | Adipositas | | X | X | |
| 30 * | weitere schwere Erkrankungen | | X | X | |
| 31 * | Dauer der Beatmung | | X | X | |
| 32 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Dekubitus] | | | | X |
| 33 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Dekubitus] | X | | | X |
| 34 | Vorgangsnummer, GUID [Dekubitus] | X | | | X |
| 35 | Versionsnummer [Dekubitus] | | | | X |
| 36 | Wievielter Dekubitus? | | | | X |
| 37 * | Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus | X | X | X | |
| 38 * | Seitenlokalisation | X | | | X |
| 39 | War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? („Present on Admission“) | | X | X | |
| 40 | War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? („Present on Discharge“) | | | X | |

* Information wird in anonymisierter, aggregierter Form für die gesamte Zielpopulation des Verfahrens (also auch für Patienten ohne Dekubitus) in der Risikostatistik erfasst.

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

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

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Implantationen, Aggregatwechsel sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantation von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) ¹Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“. ²Das Verfahren wird nachfolgend „QS HSMDEF“ genannt.

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Prozessqualität
- c) Peri- und postoperative Komplikationen.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung und Systemwahl
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

(2) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 96 Monate nach Ablauf des Quartals, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1 Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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 Berichte sind differenziert zu erstellen für:

- a) Herzschrittmacher-Implantation
- b) Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
- c) Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

- d) Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
- e) Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
- f) Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation.

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

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

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

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Herzchirurgie, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Gefäßchirurgie oder Thoraxchirurgie sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Facharztbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt

für Herzchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Gefäßchirurgie oder Thoraxchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Herzschrittmacher-Implantation“, „Herzschrittmacher-Aggregatwechsel“, „Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation“, „Implantierbare Defibrillatoren – Implantation“, „Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel“ und „Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

- (1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.
- (2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach

Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche „Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)“ und „Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren - Implantation, Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)“ der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS HSMDEF)

a) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Implantation

| | |
|---------------|--|
| 1 | Leitlinienkonforme Indikation |
| Indikator-ID | 101803 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Indikator-ID | 54140 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 3 | Systeme 3. Wahl |
| Indikator-ID | 54143 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem implantierten System 3. Wahl gemäß Leitlinie. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Herzschrittmachers bei bradykarden Herzrhythmusstörungen |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 4 | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln |
| Indikator-ID | 52139 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen und -Aggregatwechseln, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt. |
| Qualitätsziel | Möglichst kurze Eingriffsdauer |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 5 | Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikator-ID | 101800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt. |
| Qualitätsziel | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 6 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Indikator-ID | 52305 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen. |

| | |
|---------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) |
| Indikator-ID | 101801 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen). |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Indikator-ID | 52311 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 51191 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt. |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 10 | Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen |
| Indikator-ID | 2190 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Einkammer- und Zweikammersystemen, bei denen das Aggregat aufgrund einer Batterieerschöpfung innerhalb von 4 Jahren nach dem Indexeingriff gewechselt wird. |
| Qualitätsziel | Die Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats bei Ein- und Zweikammersystemen soll nicht unter vier Jahren betragen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 11 | Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren |
| Indikator-ID | 2191 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmachern, bei denen innerhalb von 8 Jahren nach dem Indexeingriff kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde) |

| | |
|---------------|--|
| Indikator-ID | 12 |
| Indikatorname | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 2194 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmachern, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher |
| Indikatorname | Ergebnisindikator |
| Indikator-ID | 13 |
| Indikatorname | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 2195 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmachern, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher |
| Indikatorname | Ergebnisindikator |
| Indikator-ID | 14 |
| Indikatorname | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation |
| Indikator-ID | 102001 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation |
| Indikatorname | Ergebnisindikator |

b) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

| | |
|---------------|---|
| Indikator-ID | 1 |
| Indikatorname | Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden |
| Indikator-ID | 52307 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden |
| Indikatorname | Prozessindikator |
| Indikator-ID | 2 |
| Indikatorname | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) |
| Indikator-ID | 111801 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen). |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |

| | |
|--------------|-------------------|
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
|--------------|-------------------|

c) Indikatorenliste Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

| | |
|---------------|--|
| 1 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Indikator-ID | 121800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen). |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Indikator-ID | 52315 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion bei revidierter bzw. neu implantierter Sonde. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 51404 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt. |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

d) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

| | |
|---------------|---|
| 1 | Leitlinienkonforme Indikation |
| Indikator-ID | 50055 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillator-Implantation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Indikator-ID | 50005 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit leitlinienkonformer Systemwahl. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft leitlinienkonforme Systemwahl |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 3 | Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln |

| | |
|---------------|---|
| Indikator-ID | 52131 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen und -Aggregatwechseln, deren Eingriffsdauer nicht über einem systemspezifischen Schwellenwert liegt. |
| Qualitätsziel | Möglichst kurze Eingriffsdauer |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 4 | Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikator-ID | 131801 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt. |
| Qualitätsziel | Möglichst niedriges Dosis-Flächen-Produkt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 5 | Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Indikator-ID | 52316 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen. |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Indikator-ID | 131802 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen). |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Indikator-ID | 52325 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 51186 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt. |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|---|
| 9 | Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren |
| Indikator-ID | 132000 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von implantierbaren Defibrillatoren, bei denen innerhalb von 6 Jahren nach dem Indexeingriff kein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (am Aggregat bzw. an einer Sonde) erfolgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst hoher Anteil an Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator ohne Folgeeingriff wegen Hardwareproblem (Aggregat bzw. Sonde) |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 10 | Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 132001 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von implantierbaren Defibrillatoren, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 11 | Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres |
| Indikator-ID | 132002 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von implantierbaren Defibrillatoren, bei denen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt. |
| Qualitätsziel | Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 12 | Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation |
| Indikator-ID | 132003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

e) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel

| | |
|--------------|---|
| 1 | Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden |
| Indikator-ID | 52321 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativ durchgeführten Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden. |

| | |
|---------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst oft Bestimmung der Reizschwellen und Amplituden |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 2 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Indikator-ID | 141800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Aggregatwechseln mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen). |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

f) Indikatorenliste Implantierbare Defibrillatoren – Revision/ Systemwechsel/ Explantation

| | |
|---------------|--|
| 1 | Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen) |
| Indikator-ID | 151800 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inkl. Wundinfektionen). |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Indikator-ID | 52324 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion bei revidierter bzw. neu implantierter Sonde. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikator-ID | 51196 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst den Anteil von Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt. |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Implantation

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsjahr ⁴ | X | X | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | X | X | |
| 20 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt | | X | X | |
| 21 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt | | X | X | |
| 22 | Quartal des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 23 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶ | X | X | X | X |
| 24 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 25 | führendes Symptom | | X | X | |
| 26 | Herzinsuffizienz | | X | X | |
| 27 | führende Indikation zur Schrittmacherimplantation | | X | X | X |
| 28 | Ätiologie | | X | X | |
| 29 | Persistenz der Bradykardie | | X | X | |
| 30 | erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation | | X | X | |
| 31 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 32 | Nierenfunktion/Serum Kreatinin | | X | X | |
| 33 | Vorhoffrhythmus | | X | X | |
| 34 | AV-Block | | X | X | |
| 35 | Intraventrikuläre Leitungsstörungen | | X | X | X |
| 36 | QRS-Komplex | | X | X | |
| 37 | Pausen außerhalb von Schlafphasen | | X | X | |
| 38 | Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen | | X | X | |
| 39 | <ul style="list-style-type: none"> • Ejektionsfraktion • EF nicht bekannt | | X | X | |
| 40 | AV-Knotendiagnostik | | X | X | |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 41 | neurokardiogene Diagnostik | | X | X | |
| 42 | chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens | | X | X | |
| 43 | konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend | | X | X | |
| 44 | OP-Datum | X | X | | |
| 45 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | | X | X |
| 46 | Quartal der Operation ⁸ | X | | X | X |
| 47 | Operation ⁹ | X | X | X | |
| 48 | <ul style="list-style-type: none"> • Vena cephalica • Vena subclavia • Andere | | X | X | |
| 49 | Dauer des Eingriffs | | X | X | |
| 50 | <ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt • keine Durchleuchtung durchgeführt | | X | X | |
| 51 | System | | X | X | X |
| 52 | Sonde am HIS-Bündel implantiert? | | X | X | X |
| 53 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof] | | X | X | |
| 54 | <ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 55 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Rechtsventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 56 | <ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 57 | Linksventrikuläre Sonde aktiv? | | X | X | X |
| 58 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 59 | peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | | | X | X |
| 60 | <ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation | | X | X | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • Sonden- bzw. Systemdislokation • Sonden- bzw. Systemdysfunktion • postoperative Wundinfektion • interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle • sonstige interventionspflichtige Komplikation | | | | |
| 61 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel | | | X | |
| 62 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel | | | X | |
| 63 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 64 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 65 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 66 | Entlassungsdiagnose(n) ¹² | X | | X | |

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

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsjahr ⁴ | X | X | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | X | X | |
| 20 | Quartal des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 21 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶ | X | | X | X |
| 22 | Indikation zum Aggregatwechsel | | X | X | |

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 23 | Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff | | X | X | |
| 24 | OP-Datum | X | X | | |
| 25 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | | X | X |
| 26 | Quartal der Operation ⁸ | X | | X | X |
| 27 | Operation ⁹ | X | | X | |
| 28 | Dauer des Eingriffs | | X | X | |
| 29 | System | | X | X | X |
| 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof] | | X | X | |
| 31 | <ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 32 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 33 | <ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 35 | peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | | | X | X |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiges Taschenhämatom • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation | | X | X | |
| 37 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 38 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 39 | Entlassungsgrund | X | | X | |
| 40 | Entlassungsdiagnose(n) ¹² | X | | X | |

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

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

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

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 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 | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsjahr ⁴ | X | X | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | X | X | |
| 20 | Quartal des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 21 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶ | X | | X | X |
| 22 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 23 | Indikation zum Eingriff am Aggregat | | X | X | |
| 24 | Taschenproblem | | X | X | |
| 25 | Sondenproblem | | | X | X |
| 26 | Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde | | X | X | |
| 27 | Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde | | X | X | |
| 28 | Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde | | X | X | |
| 29 | OP-Datum | X | X | | |
| 30 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | | X | X |
| 31 | Quartal der Operation ⁸ | X | | X | X |
| 32 | Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff | | X | X | |
| 33 | Operation ⁹ | X | | X | X |
| 34 | postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden | | | X | X |
| 35 | aktives System (nach dem Eingriff) | | X | X | X |
| 36 | Sonde am HIS-Bündel implantiert? | | X | X | X |
| 37 | Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; Schrittmacher-Aggregat] | | X | X | X |
| 38 | Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof] | | X | X | X |
| 39 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; Vorhof] | | X | X | |
| 40 | <ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 41 | Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde] | | X | X | X |
| 42 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; rechtsventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 43 | <ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 44 | Art des Vorgehens [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde] | | X | X | X |
| 45 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden; System; linksventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 46 | peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | | | X | X |
| 47 | <ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • Sonden- bzw. Systemdislokation • Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle • sonstige interventionspflichtige Komplikation | | X | X | X |
| 48 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation im Vorhof • Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel | | X | X | |
| 49 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion im Vorhof | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | • Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel | | | | |
| 50 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 51 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 52 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 53 | Entlassungsdiagnose(n) ¹² | X | | X | |

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fallidentifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsjahr ⁴ | X | | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | | X | |
| 20 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergröße • Körpergröße unbekannt | | X | X | |
| 21 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht bei Aufnahme • Körpergewicht unbekannt | | X | X | |
| 22 | Quartal des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 23 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶ | X | X | X | X |
| 24 | Herzinsuffizienz | | X | X | |
| 25 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 26 | <ul style="list-style-type: none"> • linksventrikuläre Ejektionsfraktion • LVEF nicht bekannt | | X | X | |
| 27 | Diabetes mellitus | | X | X | |
| 28 | Nierenfunktion/Serum Kreatinin | | X | X | |
| 29 | Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten? | | X | X | |
| 30 | indikationsbegründendes klinisches Ereignis | | X | X | X |
| 31 | führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie) | | X | X | |
| 32 | KHK | | X | X | X |
| 33 | Abstand Myokardinfarkt–Implantation ICD | | X | X | |

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 die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 34 | indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn | | X | X | |
| 35 | Herzerkrankung | | X | X | X |
| 36 | spontanes Brugada-Typ-1-EKG | | X | X | |
| 37 | Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)? | | X | X | |
| 38 | Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet | | X | X | |
| 39 | WPW-Syndrom | | X | X | |
| 40 | reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie | | X | X | |
| 41 | behandelbare idiopathische Kammertachykardie | | X | X | |
| 42 | Kammertachykardie induzierbar | | X | X | |
| 43 | Kammerflimmern induzierbar | | X | X | |
| 44 | medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung) | | X | X | X |
| 45 | <ul style="list-style-type: none"> • Betablocker und/oder Ivabradin • AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren (ARNI) • Diuretika • Aldosteronantagonisten | | X | X | |
| 46 | voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit | | X | X | |
| 47 | erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation | | X | X | |
| 48 | Vorhofrhythmus | | X | X | |
| 49 | AV-Block | | X | X | |
| 50 | intraventrikuläre Leitungsstörungen | | X | X | X |
| 51 | QRS-Komplex | | X | X | |
| 52 | OP-Datum | X | X | | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 53 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | | X | X |
| 54 | Quartal der Operation ⁸ | X | | X | X |
| 55 | Operation ⁹ | X | X | X | |
| 56 | <ul style="list-style-type: none"> • Vena cephalica • Vena subclavia • Andere | | X | X | |
| 57 | Dauer des Eingriffs | | X | X | |
| 58 | <ul style="list-style-type: none"> • Dosis-Flächen-Produkt • Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt • keine Durchleuchtung durchgeführt | | X | X | |
| 59 | System | | X | X | X |
| 60 | Aggregatposition | | | X | |
| 61 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhofsonde] | | X | X | |
| 62 | <ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 63 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 64 | <ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 65 | Linksventrikuläre Sonde aktiv? | | X | X | X |
| 66 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Linksventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 67 | peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | | | X | X |
| 68 | <ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss | | X | X | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • interventionspflichtiges Taschenhämatom • revisionsbedürftige Sondendislokation • revisionsbedürftige Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation | | | | |
| 69 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der Vorhofsonde • Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde • Sondendislokation der linksventrikulären Sonde • Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde • Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) | | | X | |
| 70 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der Vorhofsonde • Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde • Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde • Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) | | | X | |
| 71 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 72 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 73 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 74 | Entlassungsdiagnose(n) ¹² | X | | X | |

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

e) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | 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 (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | 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 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsjahr ⁴ | X | | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | | X | |
| 20 | Quartal des Aufnahmejahres ⁵ | X | | X | X |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 21 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶ | X | | X | X |
| 22 | Indikation zum Aggregatwechsel | | X | X | |
| 23 | Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff | | X | X | |
| 24 | OP-Datum | X | X | | |
| 25 | Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | | X | X |
| 26 | Quartal der Operation ⁸ | X | | X | X |
| 27 | Operation ⁹ | X | | X | |
| 28 | Dauer des Eingriffs | | X | X | |
| 29 | System | | X | X | X |
| 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; Vorhof] | | X | X | |
| 31 | <ul style="list-style-type: none"> • P-Wellen-Amplitude • P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 32 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; rechtsventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 33 | <ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [System; linksventrikuläre Sonde] | | X | X | |
| 35 | peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | | | X | X |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiges Taschenhämatom • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation | | X | X | |

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 37 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 38 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 39 | Entlassungsgrund | X | | X | |
| 40 | Entlassungsdiagnose(n) ¹² | X | | X | |

f) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | 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 (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsjahr ⁴ | X | | X | X |
| 19 | Geschlecht | X | | X | |
| 20 | Quartal des Aufnahmetages ⁵ | X | | X | X |
| 21 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁶ | X | | X | X |
| 22 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 23 | Indikation zum Eingriff am Aggregat | | X | X | |
| 24 | Taschenproblem | | X | X | |
| 25 | Sondenproblem | | | X | X |
| 26 | OP-Datum | X | X | | |
| 27 | postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁷ | X | | X | X |
| 28 | Quartal der Operation ⁸ | X | X | X | X |
| 29 | Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff | | X | X | |
| 30 | Operation ⁹ | X | | X | |
| 31 | aktives System (nach dem Eingriff) | | X | X | X |
| 32 | Art des Vorgehens [ICD-Aggregat] | | X | X | X |
| 33 | Aggregatposition | | X | X | |
| 34 | explantiertes System | | | X | X |
| 35 | Art des Vorgehens [Vorhof] | | X | X | X |
| 36 | Problem [Vorhof; Art des Vorgehens] | | X | X | |

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 die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 37 | <ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Vorhof; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 38 | <ul style="list-style-type: none"> P-Wellen-Amplitude P-Wellen-Amplitude nicht gemessen | | X | X | |
| 39 | Art des Vorgehens [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde] | | X | X | X |
| 40 | Problem [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 41 | Position [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens] | | X | X | X |
| 42 | <ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 43 | <ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen [Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 44 | Art des Vorgehens [Zweite Ventrikelsonde] | | X | X | X |
| 45 | Problem [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 46 | Position [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens] | | X | X | X |
| 47 | <ul style="list-style-type: none"> Reizschwelle Reizschwelle nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 48 | <ul style="list-style-type: none"> R-Amplitude R-Amplitude nicht gemessen [Zweite Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position] | | X | X | |
| 49 | Art des Vorgehens [Dritte Ventrikelsonde] | | X | X | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 50 | Problem [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 51 | Position [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens] | | X | X | X |
| 52 | <ul style="list-style-type: none"> • Reizschwelle • Reizschwelle nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 53 | <ul style="list-style-type: none"> • R-Amplitude • R-Amplitude nicht gemessen [Dritte Ventrikelsonde; Art des Vorgehens; Position] | | X | X | |
| 54 | Art des Vorgehens [Andere Defibrillationssonde(n)] | | X | X | X |
| 55 | Problem [Andere Defibrillationssonde(n); Art des Vorgehens] | | X | X | |
| 56 | peri- bzw. postoperative Komplikation(en) | | | X | X |
| 57 | <ul style="list-style-type: none"> • kardiopulmonale Reanimation • interventionspflichtiger Pneumothorax • interventionspflichtiger Hämatothorax • interventionspflichtiger Perikarderguss • interventionspflichtiges Taschenhämatom • revisionsbedürftige Sondendislokation • revisionsbedürftige Sondendysfunktion • postoperative Wundinfektion • sonstige interventionspflichtige Komplikation | | X | X | X |
| 58 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der Vorhofsonde • Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde • Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n) | | | | |
| 59 | <ul style="list-style-type: none"> • Sondendysfunktion der Vorhofsonde • Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde • Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde • Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n) | | X | X | |
| 60 | Quartal des Entlassungstages ¹⁰ | X | | X | X |
| 61 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹¹ | X | | X | X |
| 62 | Entlassungsgrund | X | X | X | |
| 63 | Entlassungsdiagnose(n) ¹² | X | | X | |

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

Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) Gegenstand des Verfahrens ist die geburtshilfliche Versorgung von Mutter und Kind (Geburtshilfe) sowie die Früh- und Neugeborenenversorgung (Neonatologie).

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

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere qualitätsrelevanten Aspekte, wie unerwünschte Ereignisse der mütterlichen und kindlichen Versorgung, schwerwiegende Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen, Prozesse in der geburtshilflichen/neonatologischen Abteilung sowie Aspekte des Behandlungsergebnisses messen, vergleichend darstellen und bewerten. ²Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. ³Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

- a) Verbesserung der Prozessqualität
- b) Vermeidung geburtshilflicher Komplikationen
- c) Vermeidung schwerwiegender Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen
- d) Verringerung der Sterblichkeit.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär erbrachten Behandlungen und Geburten und der neonatologischen Versorgung im Krankenhaus.

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen und Geburten werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ²Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung der Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie sowie innerhalb der Neonatologie erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierende Daten die Vor- und Nachnamen der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes sowie die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V zur Ermöglichung der Zusammenführung im Bereich Neonatologie.

(2) Die pseudonymisierten patientenidentifizierenden Daten werden von der Bundesauswertungsstelle nach spätestens 48 Monaten gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) ¹Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten Krankenhäuser, die eine geburtshilfliche oder neonatologische oder Leistungen in diesen beiden Bereichen gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 erbracht haben. ²Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem die Behandlung stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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 Berichte sind differenziert zu erstellen für

- a) Geburtshilfe
- b) Neonatologie.

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

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

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

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

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. ²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermitteln die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) differenziert nach „Geburtshilfe“ und „Neonatologie“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

- (1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.
- (2) ¹Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 3 und 4 der Richtlinie zuständigen Stellen melden der LAG zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlung bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde. ²Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.
- (3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind die Auswertungen aus dem Vorjahr, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Geburten und Behandlungen des Leistungsbereichs Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin – Neonatologie) der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS PM)

a) Indikatorenliste Geburtshilfe

| | |
|---------------|---|
| 1 | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen ¹ |
| Indikator-ID | 330 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an begonnenen vorgeburtlichen Kortikosteroidgaben bei allen Müttern mit drohender Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Wochen), die mindestens zwei Tage vor Geburt stationär aufgenommen wurden. |
| Qualitätsziel | Häufig begonnene antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Geburten mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 34+0 Wochen unter Ausschluss von Totgeburten und mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 2 | Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung ¹ |
| Indikator-ID | 50045 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaphylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittentbindung. |
| Qualitätsziel | Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 3 | Kaiserschnittgeburt |
| Indikator-ID | 52249 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kaiserschnittgeburten bei allen Geburten. |
| Qualitätsziel | Wenig Kaiserschnittgeburten |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 4 | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten ¹ |
| Indikator-ID | 1058 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Entschluss-Entwicklungs-Zeiten von mehr als 20 Minuten bei allen Kindern, die per Notfallkaiserschnitt geboren wurden. |
| Qualitätsziel | Selten Entschluss-Entwicklungs-Zeit (E-E-Zeit) von mehr als 20 Minuten beim Notfallkaiserschnitt |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 5 | Azidose bei frühgeborenen Einlingen |
| Indikator-ID | 51831 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Azidose bei allen früh- und lebendgeborenen Einlingen (24+0 bis unter 37+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung. |
| Qualitätsziel | Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|---|
| 6 | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten ¹ |
| Indikator-ID | 318 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädiatern bei allen Geburten lebendgeborener Frühgeborener (24+0 Wochen bis unter 35+0 Wochen). |
| Qualitätsziel | Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von 24+0 bis unter 35+0 Wochen |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 7 | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen ¹ |
| Indikator-ID | 51803 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern, an Kindern mit einem 5-Minuten-Apgar unter 5, an Kindern mit einem Base Excess unter -16 und an Kindern mit einer Azidose bei allen reifen Lebendgeborenen mit gültigen Angaben zum 5-Minuten-Apgar, Base Excess und pH-Wert. |
| Qualitätsziel | Selten verstorbene Kinder, 5-Minuten-Apgar unter 5, pH-Wert unter 7 und Base Excess < -16 bei Reifgeborenen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV |
| Indikator-ID | 181800 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Dammrissen Grad IV bei allen Müttern mit spontanen bzw. vaginal-operativen Einlingsgeburten. |
| Qualitätsziel | Geringe Anzahl Mütter mit Dammriss Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten bzw. bei vaginal-operativen Einlingsgeburten |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Im Dokument sind alle QI-Titel, die gemäß plan. QI-RL auch planungsrelevante QIs darstellen, mit der Hochzahl¹ ausgewiesen.

Kennzahlliste Geburtshilfe

| | |
|---------------|---|
| 1 | Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen |
| Kennzahl-ID | 182010 |
| Beschreibung | Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 hätten geboren werden müssen bei allen Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen. |
| Qualitätsziel | Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |
| 2 | Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen |
| Kennzahl-ID | 182011 |
| Beschreibung | Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen bei |

| | |
|---------------|--|
| Qualitätsziel | allen Kindern, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen. |
| Kennzahltyp | Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe |
| 3 | Transparenzkennzahl |
| 3 | Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen |
| Kennzahl-ID | 182014 |
| Beschreibung | Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 oder in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt hätten geboren werden müssen bei allen Kindern, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, unter Ausschluss von Totgeburten und Kindern unter 22+0 Schwangerschaftswochen und ab 44+0 Schwangerschaftswochen. |
| Qualitätsziel | Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe |
| Kennzahltyp | Transparenzkennzahl |

b) Indikatorenliste Neonatologie

| | |
|---------------|---|
| 1 | Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen |
| Indikator-ID | 51070 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an verstorbenen Kindern im Krankenhaus bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden und mit einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p. m. und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g. |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 2 | Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung |
| Indikator-ID | 51901 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an verstorbenen Kindern im Krankenhaus, an Kindern mit einer Hirnblutung IVH Grad 3 oder PVH, die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD) und an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen. |
| Qualitätsziel | Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis, selten bronchopulmonale Dysplasie und selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 3 | Nosokomiale Infektion |
| Indikator-ID | 50060 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit Sepsis/SIRS später als 3 Tage nach Geburt oder einer |

| | |
|---------------|---|
| Qualitätsziel | Pneumonie später als 3 Tage nach Geburt bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung), die nicht von zu Hause aufgenommen wurden und die bei Entlassung über 3 Tage alt waren und am Tag der Geburt aufgenommen wurden. |
| Indikatortyp | Selten nosokomiale Infektion |
| 4 | Pneumothorax unter oder nach Beatmung/Atemhilfe |
| Indikator-ID | 50062 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einem Pneumothorax nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung, der während der Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes oder bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) und mit nasaler/pharyngealer Atemhilfe und/oder intratrachealer Beatmung. |
| Qualitätsziel | Selten Pneumothorax |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Zunahme des Kopfumfangs |
| Indikator-ID | 52262 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen die Differenz aus der relativen und erwarteten relativen Zunahme des Kopfumfangs bei Entlassung unterhalb des 10. Perzentils bei Anwendung des Z-Scores liegt, bei allen Lebendgeborenen mit einer stationären Verweildauer von mindestens 21 Tagen und einem Kopfumfang zwischen 20 cm und 50 cm, unter Einschluss von Kindern, deren Kopfumfang zwischen Aufnahme und Entlassung zugenommen hat. |
| Qualitätsziel | Möglichst angemessene Zunahme des Kopfumfangs während des stationären Aufenthalts |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Durchführung eines Hörtests |
| Indikator-ID | 50063 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, bei denen ein Hörtest durchgeführt wurde, bei allen lebend nach Hause entlassenen Kindern. |
| Qualitätsziel | Häufig Durchführung eines Hörtests |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 7 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen |
| Indikator-ID | 50069 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur |

| | |
|---------------|---|
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 8 | Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen |
| Indikator-ID | 50074 |
| Beschreibung | Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie, mit einer Angabe zur Aufnahmetemperatur und einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 g und einem Gestationsalter von mindestens 32+0 Wochen p.m. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Kinder mit zu niedriger Aufnahmetemperatur |
| Indikatortyp | Prozessindikator |

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Geburtshilfe

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁴ Vorname der Mutter liegt nicht vor | X | X | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | <ul style="list-style-type: none"> entbindender Standort diagnostizierender Standort (ICD) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Geburtsnummer | | | X | |
| 19 | Anzahl Mehrlinge | X | X | X | |
| 20 | Versorgungsstufe | X | X | X | |
| 21 | Geburtsjahr ⁵ | X | | X | X |
| 22 | Aufnahmedatum Krankenhaus | X | X | | |
| 23 | Quartal des Aufnahmetages ⁶ | X | | X | X |
| 24 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁷ | | X | X | X |
| 25 | Aufnahmezeit | X | | X | |
| 26 | Aufnahmediagnose Mutter ⁸ | X | | X | |
| 27 | Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit ⁹ | X | | | |
| 28 | 5-stellige PLZ des Wohnortes | | X | | |
| 29 | Postleitzahl 4-stellig | | X | | |
| 30 | Postleitzahl 3-stellig | | X | | |
| 31 | Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften | | X | X | X |
| 32 | Anzahl Lebendgeburten | | X | X | |
| 33 | Anzahl Totgeburten | | X | X | |
| 34 | Befunde im Mutterpass vorhanden | | | X | X |
| 35 | Befunde im Mutterpass ¹⁰ | | X | X | X |
| 36 | Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung | | X | X | |

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 37 | Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt | | X | X | X |
| 38 | Diagnosetest auffällig | | X | X | |
| 39 | Körpergewicht bei Erstuntersuchung | | X | X | |
| 40 | Körpergröße | | X | X | |
| 41 | berechneter, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin | | X | X | X |
| 42 | Klinisches Gestationsalter | | X | X | |
| 43 | Aufnahmeart | | X | X | |
| 44 | Muttermundsweite bei Aufnahme | | X | X | |
| 45 | Antenatale Kortikosteroidtherapie | | X | X | |
| 46 | Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie (in Minuten) ¹¹ | | X | X | |
| 47 | Aufnahme-CTG | | X | X | |
| 48 | Geburtsrisiken | | | X | X |
| 49 | Geburtsrisiko ¹² | | X | X | |
| 50 | Geburtseinleitung | | X | X | |
| 51 | Wehenmittel s. p. | | X | X | |
| 52 | Episiotomie | | | X | |
| 53 | Dammriss | | X | X | |
| 54 | Blutung > 1000 ml | | | X | |
| 55 | Hysterektomie/Laparotomie | | X | X | |
| 56 | Sepsis | | X | X | |
| 57 | Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tage | | X | X | |
| 58 | Anämie Hb < 10 g/dl | | X | X | |
| 59 | allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen | | X | X | X |
| 60 | <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • Harnwegsinfektion • Wundinfektion/Abszessbildung • Wundhämatom/Nachblutung • sonstige Komplikation | | | X | |

¹¹ In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ und „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 61 | Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹³ | X | | X | |
| 62 | weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter ¹⁴ | X | | X | |
| 63 | Entlassungsgrund Mutter | X | X | X | |
| 64 | Entlassungsdatum Mutter | X | | | |
| 65 | Quartal des Entlassungstages ¹⁵ | X | | X | X |
| 66 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁶ | X | | X | X |
| 67 | Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt | | X | X | |
| 68 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Kind] | | | | X |
| 69 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Kind] | X | | | X |
| 70 | Vorgangsnummer, GUID [Kind] | X | | | X |
| 71 | Versionsnummer [Kind] | | | | X |
| 72 | laufende Nummer des Mehrlings | X | X | | X |
| 73 | CTG-Kontrolle | | X | X | X |
| 74 | <ul style="list-style-type: none"> • externes CTG • internes CTG | | X | X | |
| 75 | Blutgasanalyse Fetalblut | | | X | X |
| 76 | Base Excess der Fetalblutanalyse | | | X | |
| 77 | pH-Wert der Fetalblutanalyse | | | X | |
| 78 | Lage | | X | X | |
| 79 | Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode | | X | X | |
| 80 | Entbindungsmodus | | X | X | X |
| 81 | Indikation zur operativen Entbindung ¹⁷ | | X | X | |
| 82 | Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter) | | X | X | |
| 83 | Notsektio | | X | X | X |
| 84 | Hauptindikation bei Notsektio | | X | X | |

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

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

¹⁵ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Mutter“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁶ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Aufnahmedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁷ Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 85 | E-E-Zeit bei Notsektio | | X | X | |
| 86 | Pädiater bei Kindsgeburt anwesend | | X | X | |
| 87 | Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen | | | X | |
| 88 | Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und Eintreffen des Pädaters (in Minuten) ¹⁸ | | X | X | |
| 89 | Abstand zwischen Aufnahmeuhrzeit und Eintreffen des Pädaters (in Minuten) ¹⁹ | | X | X | |
| 90 | Geburtsdatum des Kindes | X | X | X | |
| 91 | Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ²⁰ | X | X | | X |
| 92 | Abstand Geburtsdatum - Errechner Termin in Tagen ²¹ | X | X | X | X |
| 93 | postpartale Verweildauer der Mutter (in Tagen) ²² | X | | X | X |
| 94 | Quartal des Geburtstages des Kindes ²³ | X | | X | X |
| 95 | Uhrzeit der Geburt | X | X | X | |
| 96 | Geschlecht des Kindes | X | X | X | |
| 97 | APGAR [nach 1 min] | | | X | |
| 98 | APGAR [nach 5 min] | | X | X | |
| 99 | APGAR [nach 10 min] | | | X | |
| 100 | Gewicht des Kindes | X | X | X | |
| 101 | Kopfumfang des Kindes | X | X | X | |
| 102 | Allgemeinanästhesie | | X | X | |
| 103 | Blutgasanalyse Nabelschnurarterie | | | X | X |
| 104 | Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie | | X | X | |
| 105 | pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie | | X | X | |
| 106 | Volumensubstitution | | | X | |
| 107 | Pufferung | | X | X | |

18 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“ und „Datum“ (bzgl. Datenfeld „Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen“) und „Uhrzeit“ (ebenda) die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

19 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit“ und „Datum“ (bzgl. Datenfeld „Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen“) und „Uhrzeit“ (ebenda) die notwendigen Informationen erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

21 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Berechner, gegebenenfalls korrigierter Geburtstermin“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

23 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 108 | Maskenbeatmung | | X | X | |
| 109 | O ₂ -Anreicherung | | X | X | |
| 110 | Fehlbildungen | | X | X | |
| 111 | Art der Fehlbildung ²⁴ | | X | X | |
| 112 | Totgeburt | | X | X | X |
| 113 | Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt | | X | X | |
| 114 | Todeszeitpunkt bei Totgeburt | | X | X | |
| 115 | Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung | | X | X | |
| 116 | Kind in Kinderklinik verlegt | X | X | X | |
| 117 | Entlassungsquartal Kind ²⁵ | X | | X | X |
| 118 | postpartale Verweildauer des Kindes (in Tagen) ²⁶ | | | X | X |
| 119 | Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind | X | X | | |
| 120 | Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind | X | X | | |
| 121 | Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind ²⁷ | X | X | X | |
| 122 | Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind | X | X | X | X |
| 123 | <ul style="list-style-type: none"> • Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus • Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses | X | | X | X |
| 124 | Standort des aufnehmenden Krankenhauses | X | X | | |
| 125 | Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage | | X | X | |
| 126 | Todesursache des lebendgeborenen Kindes ²⁸ | | | X | |
| 127 | Abstand Todesdatum - Geburtsdatum (in Tagen) ²⁹ | | | X | X |

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

25 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

29 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Todes - lebendgeborenes Kind“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 128 | Datum des Todes - lebendgeborenes Kind | X | | | |

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | X | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | X | X | | X |

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

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

3 In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 13 | <ul style="list-style-type: none"> Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁴ Nachname der Mutter liegt nicht vor | X | X | | X |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes bei GKV-Versicherten⁵ Vorname der Mutter liegt nicht vor | X | X | | X |
| 15 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 16 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 17 | aufnehmender Standort | X | X | X | |
| 18 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 19 | Fachabteilung | X | X | | |
| 20 | Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses | | X | X | |
| 21 | Geschlecht | X | X | X | |
| 22 | Mehrlingsgeburt | X | X | X | X |
| 23 | Anzahl Mehrlinge | X | X | X | |
| 24 | laufende Nummer des Mehrlings | X | X | X | |
| 25 | endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen) | | X | X | |
| 26 | endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage) | | X | X | |
| 27 | Geburtsdatum des Kindes | X | X | | |
| 28 | Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten ⁶ | X | X | | X |
| 29 | Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen) ⁷ | | X | X | X |
| 30 | Alter bei Aufnahme in Stunden ⁸ | X | X | X | X |
| 31 | Geburtsjahr [Geburtsdatum des Kindes] ⁹ | X | | X | X |

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

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

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

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 32 | Uhrzeit der Geburt | X | X | | |
| 33 | Gewicht des Kindes bei Geburt | X | X | X | |
| 34 | Wo wurde das Kind geboren? | X | X | X | X |
| 35 | Transport zur Neonatologie | | X | X | |
| 36 | primäre palliative Therapie (ab Geburt) | | X | X | X |
| 37 | Kind im Kreißsaal verstorben | | | X | X |
| 38 | Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen) ¹⁰ | | X | X | X |
| 39 | Aufnahmedatum (ins Krankenhaus) | X | X | X | |
| 40 | Monat des Aufnahmetages ¹¹ | X | | X | X |
| 41 | Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus) | X | X | | |
| 42 | Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung ¹² | X | | X | X |
| 43 | Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung | X | X | | |
| 44 | Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung) | X | X | | |
| 45 | Aufnahme ins Krankenhaus von | | X | X | X |
| 46 | <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus • Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses | X | X | X | X |
| 47 | entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses | X | X | X | |
| 48 | Gewicht bei Aufnahme | X | X | X | |
| 49 | <ul style="list-style-type: none"> • Kopfumfang bei Aufnahme • Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt | | X | X | |
| 50 | <ul style="list-style-type: none"> • Körpertemperatur bei Aufnahme • Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt | | X | X | |
| 51 | Angeborene Erkrankungen | | X | X | X |
| 52 | Diagnose der angeborenen Erkrankung ¹³ | | X | X | |

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹¹ In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

¹² In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum in pädiatrische Fachabteilung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 53 | Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden | | X | X | X |
| 54 | Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie | | X | X | X |
| 55 | Status bei Aufnahme [Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie] | | X | X | |
| 56 | Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) | | X | X | X |
| 57 | Status bei Aufnahme [Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)] | | X | X | |
| 58 | ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden | | X | X | X |
| 59 | Datum des ersten ROP-Screenings | | X | | |
| 60 | Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) | | X | X | X |
| 61 | ROP-Status bei Aufnahme | | X | X | |
| 62 | Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) | | X | X | X |
| 63 | Beginn [Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)] | | X | X | |
| 64 | Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁴ | | X | X | X |
| 65 | endgültige Beendigung | | X | X | |
| 66 | Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen) ¹⁵ | | X | X | X |
| 67 | Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt | | X | X | X |
| 68 | Beginn [Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt] | X | X | X | |
| 69 | Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁶ | X | X | X | X |
| 70 | endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung | X | X | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 71 | Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung und Geburt (in Tagen) ¹⁷ | X | X | X | X |
| 72 | endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe | X | X | X | |
| 73 | Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung inklusive CPAP (in Tagen) ¹⁸ | X | X | X | X |
| 74 | Pneumothorax | | X | X | X |
| 75 | Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax | | X | X | |
| 76 | Behandlung des Pneumothorax | | X | X | |
| 77 | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) | | X | X | |
| 78 | perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) | | X | X | X |
| 79 | HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) | | X | X | |
| 80 | Sepsis | | X | X | X |
| 81 | Datum des Sepsis-Beginns | | X | X | |
| 82 | Pneumonie | | X | X | X |
| 83 | Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn ¹⁹ | | X | X | X |
| 84 | nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) | | X | X | X |
| 85 | Status bei Aufnahme [Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)] | | X | X | |
| 86 | fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) | | X | X | |
| 87 | Status bei Aufnahme [fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)] | | X | X | |
| 88 | Neugeborenen-Hörscreening | | X | X | |
| 89 | Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes | | | X | X |

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

¹⁸ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

¹⁹ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „Datum des Pneumonie-Beginns“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 90 | <ul style="list-style-type: none"> OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie) OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis) OP eines Hydrozephalus | | X | X | |
| 91 | Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum | X | X | X | |
| 92 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ²⁰ | X | X | X | X |
| 93 | Monat des Entlassungstages ²¹ | X | | X | X |
| 94 | Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt | X | | | X |
| 95 | Körpergewicht bei Entlassung | X | X | X | |
| 96 | <ul style="list-style-type: none"> Kopfumfang bei Entlassung Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt | | X | X | |
| 97 | Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf | | X | X | |
| 98 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 99 | Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus | X | | X | X |
| 100 | Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses | X | X | | |
| 101 | Standort des aufnehmenden Krankenhauses | X | X | | |
| 102 | Todesursache | | X | X | |
| 103 | weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) ²² | X | X | X | |

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

21 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ 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.

Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Hüftendoprothesen, Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel sowie ausschließlich osteosynthetisch versorgte isolierte Schenkelhals-Frakturen und pertrochantäre Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Peri- und postoperative Komplikationen
- c) Prozessqualität
- d) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- e) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verbesserung der Prozessqualität
- c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- d) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

(2) 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.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II festgelegt. Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatoregebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie.

²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Hüftendoprothesen-Erstimplantation“, „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“ und „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe der Leistungsbereiche Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel) sowie Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS HGV)

a) Indikatorenliste Hüftendoprothesenversorgung

| | |
|---------------|--|
| 1 | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikator-ID | 54001 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff der elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft eine angemessene Indikation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54002 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Hüftendoprothesen-Wechsels bzw. –Komponentenwechsels. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft eine angemessene Indikation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 3 | Präoperative Verweildauer |
| Indikator-ID | 54003 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn. |
| Qualitätsziel | Kurze präoperative Verweildauer |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 4 | Sturzprophylaxe |
| Indikator-ID | 54004 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat. |
| Qualitätsziel | Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 5 | Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Indikator-ID | 54015 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur. |
| Qualitätsziel | Selten allgemeine Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikator-ID | 54016 |

| | |
|---------------|--|
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. |
| Qualitätsziel | Selten allgemeine Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54017 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. |
| Qualitätsziel | Selten allgemeine Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Indikator-ID | 54018 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur. |
| Qualitätsziel | Selten spezifische Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikator-ID | 54019 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation. |
| Qualitätsziel | Selten spezifische Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 10 | Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54120 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. |
| Qualitätsziel | Selten spezifische Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 11 | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Indikator-ID | 54012 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden. |
| Qualitätsziel | Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|--|
| 12 | Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54013 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 13 | Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| Indikator-ID | 10271 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Hüftendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können. |
| Qualitätsziel | Selten Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

b) Indikatorenliste Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

| | |
|---------------|--|
| 1 | Präoperative Verweildauer |
| Indikator-ID | 54030 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Dauer der präoperativen Verweildauer. Diese wird definiert als Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn. |
| Qualitätsziel | Kurze präoperative Verweildauer |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 2 | Sturzprophylaxe |
| Indikator-ID | 54050 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, die das Krankenhaus zur Vermeidung eines Sturzes nach der Operation eingeleitet hat. |
| Qualitätsziel | Strukturierte Erfassung des individuellen Sturzrisikos und Einleitung multimodaler, individueller Maßnahmen zur Sturzprophylaxe |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| 3 | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Indikator-ID | 54033 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden. |
| Qualitätsziel | Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

| | |
|---------------|--|
| 4 | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Indikator-ID | 54029 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die während oder nach der Operation aufgetretenen spezifischen, chirurgischen Komplikationen bei Patientinnen und Patienten. |
| Qualitätsziel | Selten spezifische Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Indikator-ID | 54042 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten. |
| Qualitätsziel | Selten allgemeine Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich – dieser Teil gilt nur für a)

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Hüftendoprothesenversorgung (Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschließlich endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystem (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Quartal des Aufnahmetages ⁴ | X | | X | X |
| 19 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | X | X | X | X |
| 20 | Aufnahmedatum Krankenhaus | | X | X | |
| 21 | Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus | | X | X | |
| 22 | Aufnahmegrund | X | | X | |
| 23 | Geburtsjahr ⁶ | X | X | X | X |
| 24 | Geschlecht | X | X | X | |
| 25 | Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur) | | X | X | |
| 26 | Verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur) | | X | X | |
| 27 | Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur) | | X | X | |
| 28 | Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? | | X | X | |
| 29 | Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt | | X | X | |
| 30 | teildatensatzsteuernde OPS-Kodes | X | | | X |
| 31 | Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? | | X | X | X |
| 32 | <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose • Lungenembolie | | X | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • Delir, akute delirante Symptomatik • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen | | | | |
| 33 | Demenz | | X | X | |
| 34 | Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? | | X | X | |
| 35 | Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? | | X | X | X |
| 36 | Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt? [Basis] | | | X | X |
| 37 | Extension/Flexion 1 bei Entlassung | | | X | X |
| 38 | Extension/Flexion 2 bei Entlassung | | X | X | |
| 39 | Extension/Flexion 3 bei Entlassung | | X | X | |
| 40 | Gehstrecke bei Entlassung | | X | X | |
| 41 | Gehhilfen bei Entlassung | | X | X | |
| 42 | Treppensteigen bei Entlassung | | X | X | |
| 43 | Quartal des Entlassungstages ⁷ | X | | X | X |
| 44 | Wochentag 1 bis 7 ⁸ | | | X | |
| 45 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹ | X | X | X | X |
| 46 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 47 | Entlassungsdiagnose(n) ¹⁰ | X | X | X | X |
| 48 | geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | | X | X | X |
| 49 | Versorgung bei Polytrauma | | X | X | |

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

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.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikationen | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 50 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur] | | | | X |
| 51 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur] | X | | | X |
| 52 | Vorgangsnummer, GUID [Prozedur] | X | | | X |
| 53 | Versionsnummer [Prozedur] | | | | X |
| 54 | Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | | X | | X |
| 55 | zu operierende Seite | | X | X | X |
| 56 | Koxarthrose | | X | X | |
| 57 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 58 | Wundkontaminationsklassifikation | | X | X | |
| 59 | Art des Eingriffs | | X | X | X |
| 60 | Datum des Eingriffs | X | X | | |
| 61 | postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹ | X | X | X | X |
| 62 | Quartal der Operation ¹² | X | | X | X |
| 63 | präoperative Verweildauer in Minuten ¹³ | X | | X | X |
| 64 | Beginn des Eingriffs | | X | X | |
| 65 | Dauer des Eingriffs | | | X | |
| 66 | Prozedur(en) ¹⁴ | | X | X | X |
| 67 | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | | | X | X |
| 68 | <ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation • Nachblutung/ Wundhämatom • Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur | | X | X | |

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

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

¹³ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Wunddehiszenz • sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen | | | | |
| 69 | postoperative Wundinfektion | | X | X | X |
| 70 | Wundinfektionstiefe | | X | X | |
| 71 | ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen | | X | X | |
| 72 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Hüftgelenknahe Femurfraktur] | | | | X |
| 73 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Hüftgelenknahe Femurfraktur] | X | | | X |
| 74 | Vorgangsnummer, GUID [Hüftgelenknahe Femurfraktur] | X | | | X |
| 75 | Versionsnummer [Hüftgelenknahe Femurfraktur] | | | | X |
| 76 | Wert des eindeutigen Bogefeldes des Mutterteildatensatzes [Hüftgelenknahe Femurfraktur] | | | | X |
| 77 | Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 78 | Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? [Hüftgelenknahe Femurfraktur] | | X | X | |
| 79 | Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes | | X | X | X |
| 80 | Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes) | X | X | | |
| 81 | Zeitpunkt der Fraktur | | X | | |
| 82 | Frakturlokalisation | | X | X | X |
| 83 | hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basisauswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 84 | Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen | | X | X | X |
| 85 | <ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK • sonstige | | X | X | |
| 86 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | | | | X |
| 87 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | X | | | X |
| 88 | Vorgangsnummer, GUID [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | X | | | X |
| 89 | Versionsnummer [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | | | | X |
| 90 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | | | | X |
| 91 | Wieviele elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 92 | Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | | X | X | X |
| 93 | Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“ liegt vor | | X | X | |
| 94 | Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor | | X | X | |
| 95 | Schmerzen [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | | X | X | |
| 96 | Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt? [Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation] | | | X | X |
| 97 | Extension/Flexion 1 | | | X | X |
| 98 | Extension/Flexion 2 | | X | X | |
| 99 | Extension/Flexion 3 | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 100 | Ab-/Adduktion 1 | | X | X | |
| 101 | Ab-/Adduktion 2 | | | X | X |
| 102 | Ab-/Adduktion 3 | | X | X | |
| 103 | Außen-/Innenrotation 1 | | X | X | |
| 104 | Außen-/Innenrotation 2 | | X | X | |
| 105 | Außen-/Innenrotation 3 | | X | X | |
| 106 | Osteophyten | | X | X | |
| 107 | Gelenkspalt | | X | X | |
| 108 | Sklerose | | X | X | |
| 109 | Deformierung | | X | X | |
| 110 | Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor? | | X | X | X |
| 111 | erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek) | | X | X | |
| 112 | Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor? | | | X | X |
| 113 | atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation | | X | X | |
| 114 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Wechsel] | | | | X |
| 115 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel] | X | | | X |
| 116 | Vorgangsnummer, GUID [Wechsel] | X | | | X |
| 117 | Versionsnummer [Wechsel] | | | | X |
| 118 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel] | | | | X |
| 119 | Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 120 | Schmerzen vor der Prothesenexplantation | | X | X | |
| 121 | positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten) | | X | X | |
| 122 | mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation | | X | X | |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 123 | Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor? | | | X | X |
| 124 | <ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatabrieb/-verschleiß • Implantatfehlage der Pfanne • Implantatfehlage des Schafts • Lockerung der Pfannenkomponente • Lockerung der Schaftkomponente • periprothetische Fraktur • Endoprothesen(sub)luxation • Knochendefekt Pfanne • Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors) • Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation • periartikuläre Ossifikation • Andere spezifische röntgenologische/ klinische Befunde | | X | X | |

b) Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 10 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 11 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 12 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 13 | Fachabteilung | X | | | |
| 14 | Aufnahmedatum Krankenhaus | | X | X | |
| 15 | Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus | | X | X | |
| 16 | Quartal des Aufnahmetages ¹ | X | | X | X |
| 17 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ² | X | X | X | X |
| 18 | Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus | | X | X | |
| 19 | Geburtsjahr ³ | X | | X | X |
| 20 | Geschlecht | X | X | X | |
| 21 | Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? | | X | X | |
| 22 | vorbestehende Koxarthrose | | X | X | |
| 23 | Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes | | | X | X |
| 24 | Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes) | X | X | | |
| 25 | Zeitpunkt der Fraktur | | X | X | |
| 26 | Frakturlokalisierung | | X | X | X |
| 27 | hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden | | X | X | |
| 28 | Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen | | X | X | X |
| 29 | <ul style="list-style-type: none"> • Vitamin-K-Antagonisten • Thrombozytenaggregationshemmer • DOAK/NOAK | | X | X | |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | • Sonstige | | | | |
| 30 | Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur) | | X | X | |
| 31 | verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur) | | X | X | |
| 32 | Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur) | | X | X | |
| 33 | Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor? | | X | X | |
| 34 | Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt | | X | X | |
| 35 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 36 | Wundkontaminationsklassifikation | | X | X | |
| 37 | Datum des Eingriffs | | X | X | |
| 38 | Beginn des Eingriffs | | X | X | |
| 39 | postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ⁴ | X | | X | X |
| 40 | Quartal der Operation ⁵ | X | | X | X |
| 41 | präoperative Verweildauer in Minuten ⁶ | X | X | X | X |
| 42 | Beginn des Eingriffs | | X | X | |
| 43 | Dauer des Eingriffs | | | X | |
| 44 | Prozedur(en) ⁷ | X | | X | |
| 45 | Operationsverfahren | | X | X | |
| 46 | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | | | X | X |
| 47 | <ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • Nachblutung/Wundhämatom • Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden • Fraktur • Wunddehiszenz | | X | X | |

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

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

6 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmezeitpunkt Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| | <ul style="list-style-type: none"> • sekundäre Nekrose der Wundränder • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen | | | | |
| 48 | postoperative Wundinfektion | | X | X | X |
| 49 | Wundinfektionstiefe | | X | X | |
| 50 | ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen | | X | X | |
| 51 | Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? | | | X | X |
| 52 | <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • Delir, akute delirante Symptomatik • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen | | X | X | |
| 53 | Demenz | | X | X | |
| 54 | Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? | | X | X | |
| 55 | Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? | | X | X | |
| 56 | Gehstrecke bei Entlassung | | X | X | |
| 57 | Gehhilfen bei Entlassung | | X | X | |
| 58 | Treppensteigen bei Entlassung | | X | X | |
| 59 | Quartal des Entlassungstages ⁸ | X | | X | X |
| 60 | Wochentag 1 bis 7 ⁹ | | | X | |

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 61 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ¹⁰ | X | | X | X |
| 62 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 63 | Entlassungsdiagnose(n) ¹¹ | X | | X | |
| 64 | geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | | X | X | X |
| 65 | Versorgung bei Polytrauma | | X | X | |

¹⁰ In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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.

Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) ¹Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. ²Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) ¹Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- a) Indikationsstellung
- b) Peri- und postoperative Komplikationen
- c) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
- d) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

- a) Verbesserung der Indikationsstellung
- b) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
- c) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) ¹Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. ²Zur Sicherstellung der Neutralität der Aus- und Bewertungen können die Aus- und Bewertungen nach den §§ 11 und 12 sowie Teil 1 § 17 der Richtlinie länderübergreifend vorgenommen werden. ³Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(5) ¹Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. ²Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. ³Bis 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 oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2027 außer Kraft zu setzen ist.

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

¹Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und in diesen Krankenhäusern tätige Belegärztinnen und Belegärzte erbringen. ²Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. ³Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. ⁴Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Zur Ermöglichung der Zusammenführung von Einzelereignissen zu verschiedenen Zeitpunkten für die Follow-up-Auswertung erfassen die Krankenhäuser für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten als patientenidentifizierendes Datum die Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V.

(2) 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.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) ¹Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. ²Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. ³Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) ¹Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Krankenhäuser erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. ²Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. ³Die Spezifikationen müssen erstmalig mit Inkrafttreten der themenspezifischen Bestimmungen sowie bei jeder wesentlichen Änderung, spätestens bis zum 30. Juni des dem Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres durch den G-BA beschlossen werden. ⁴Sie werden nach Beschlussfassung in der jeweils aktuellen Fassung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom 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 verarbeitet.

§ 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

¹Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. ²Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. ³Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

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

(2) Die Rückmeldeberichte für die Krankenhäuser 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 und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- e) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- f) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus 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.

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

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

landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form vorliegen.

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

- a) die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- d) die Indikatorenergebnisse und Kennzahlenergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

(1) Die in diesem Verfahren für belegärztliche Leistungen erhobenen Qualitätsdaten werden bei der Auswertung des jeweiligen Krankenhauses berücksichtigt.

(2) 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 2020 ergänzt.

§ 14 Fachkommissionen

¹Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie.

²Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. ³Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. ⁴Im Einzelfall kann die LAG weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 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

¹Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. April (Quartal 1), 15. Juli (Quartal 2), 15. Oktober (Quartal 3) und 15. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. ²Mit der Datenlieferung zum 15. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. ³Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ⁴Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. ⁵Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 20. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 25. Februar an die Vertrauensstelle weiter. ⁶Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 28. Februar alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. ⁷Alle Datenannahmestellen für Krankenhäuser nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie leiten eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Krankenhaus zu dokumentierenden Datensätze (Soll) insgesamt, sowie differenziert nach „Knieendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 28. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) ¹Die Bundesauswertungsstelle stellt den LAGen die Auswertungen, den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. ²Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

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

(3) ¹Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2023, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. ²Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. ³Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) ¹Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. ²Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr, Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren aus weiter zurückliegenden Jahren sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

¹Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 4 Satz 3 Buchstabe b der Richtlinie aus. ²Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2020 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für Indexeingriffe des Leistungsbereichs Knieendoprothesenversorgung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), die bis zum 31. Dezember 2020 (Abschluss des Erfassungsjahres 2020) erbracht worden sind, ist die QSKH-RL in der am 31. Dezember 2020 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Anlage I: Indikatorenliste (QS KEP)

| | |
|---------------|--|
| 1 | Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikator-ID | 54020 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation mit Ausnahme der Indikationskriterien zur unikondylären Schlittenprothese. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft eine angemessene Indikation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 2 | Indikation zur unikondylären Schlittenprothese |
| Indikator-ID | 54021 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum elektiven Eingriff der unikondylären Schlittenprothese. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft eine angemessene Indikation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 3 | Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54022 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Indikationskriterien zum Eingriff des Knieendoprothesen-Wechsels bzw. -Komponentenwechsels. |
| Qualitätsziel | Möglichst oft eine angemessene Indikation |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| 4 | Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikator-ID | 54123 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation. |
| Qualitätsziel | Selten allgemeine Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 5 | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 50481 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. |
| Qualitätsziel | Selten allgemeine Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 6 | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| Indikator-ID | 54124 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation. |
| Qualitätsziel | Selten spezifische Komplikationen |

| | |
|---------------|--|
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 7 | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54125 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst während oder nach der Operation aufgetretene spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel. |
| Qualitätsziel | Selten spezifische Komplikationen |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 8 | Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Indikator-ID | 54028 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die vor der Operation oder vor der Krankenhausaufnahme gehfähig waren, jedoch bei Entlassung aus dem Krankenhaus als gehunfähig eingeschätzt werden. |
| Qualitätsziel | Selten Einschränkung des Gehens bei Entlassung |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 9 | Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Indikator-ID | 54127 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten, die während oder nach der Operation im Krankenhaus verstorben sind. |
| Qualitätsziel | Möglichst wenig Todesfälle im Krankenhaus |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |
| 10 | Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf |
| Indikator-ID | 54128 |
| Beschreibung | Der Indikator erfasst Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Knieendoprothesen-Erstimplantation gebracht werden können. |
| Qualitätsziel | Häufig Knieendoprothesen-Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten ohne Folgeeingriff (Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel) |
| Indikatortyp | Ergebnisindikator |

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und -Komponenten-wechsel)

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 1 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Basis] | | | | X |
| 2 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Basis] | X | | | X |
| 3 | Vorgangsnummer, GUID [Basis] | X | | | X |
| 4 | Versionsnummer [Basis] | | | | X |
| 5 | Stornierung eines Datensatzes (inklusive aller Teildatensätze) | | | | X |
| 6 | Modulbezeichnung | | | | X |
| 7 | Teildatensatz oder Bogen | | | | X |
| 8 | Dokumentationsabschlussdatum | | | | X |
| 9 | Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte ¹ | X | | | X |
| 10 | GKV-Versichertenstatus ² | X | X | | X |
| 11 | eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten ³ | X | X | | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 12 | Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. | | | | X |
| 13 | Institutionskennzeichen | X | | | X |
| 14 | entlassender Standort | X | X | X | X |
| 15 | behandelnder Standort (OPS) | X | X | X | |
| 16 | Betriebsstätten-Nummer | X | | | |
| 17 | Fachabteilung | X | | | |
| 18 | Quartal des Aufnahmetages ⁴ | X | | X | X |
| 19 | Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren ⁵ | X | X | X | X |
| 20 | Aufnahmegrund | X | | X | |
| 21 | Geburtsjahr ⁶ | X | | X | X |
| 22 | Geschlecht | X | X | X | |
| 23 | Gehstrecke | | X | X | |
| 24 | verwendete Gehhilfen | | X | X | |
| 25 | Treppensteigen | | X | X | |
| 26 | teildatensatzsteuernde OPS-Kodes | X | | | X |
| 27 | Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? | | | X | X |
| 28 | <ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie • behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) • tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose • Lungenembolie • katheterassoziierte Harnwegsinfektion • Schlaganfall • akute gastrointestinale Blutung • akute Niereninsuffizienz • sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen | | X | X | |
| 29 | Wurde das aktive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt? | | | X | X |

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

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|---|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 30 | Extension/Flexion 1 bei Entlassung | | | X | X |
| 31 | Extension/Flexion 2 bei Entlassung | | X | X | |
| 32 | Extension/Flexion 3 bei Entlassung | | X | X | |
| 33 | Gehstrecke bei Entlassung | | X | X | |
| 34 | Gehhilfen bei Entlassung | | X | X | |
| 35 | Treppensteigen bei Entlassung | | X | X | |
| 36 | Quartal des Entlassungstages ⁷ | X | | X | X |
| 37 | Wochentag 1 bis 7 ⁸ | | | X | |
| 38 | Verweildauer im Krankenhaus in Tagen ⁹ | X | | X | X |
| 39 | Entlassungsgrund | X | X | X | X |
| 40 | Entlassungsdiagnose(n) ¹⁰ | X | X | X | X |
| 41 | geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung | | X | X | X |
| 42 | Versorgung bei Polytrauma | | X | X | |
| 43 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Prozedur] | | | | X |
| 44 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Prozedur] | X | | | X |
| 45 | Vorgangsnummer, GUID [Prozedur] | X | | | X |
| 46 | Versionsnummer [Prozedur] | | | | X |
| 47 | Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | | X | X | X |
| 48 | zu operierende Seite | | X | X | |
| 49 | Gonarthrose | | X | X | |
| 50 | Fehlstellungen des Knies | | X | X | |
| 51 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | | X | X | |
| 52 | Wundkontaminationsklassifikation | | X | X | |
| 53 | Art des Eingriffs | | X | X | X |
| 54 | Datum des Eingriffs | X | X | | |
| 55 | postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen ¹¹ | X | X | X | X |

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

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.

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

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

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 56 | Quartal der Operation ¹² | X | | X | X |
| 57 | Dauer des Eingriffs | | | X | |
| 58 | Prozedur(en) ¹³ | | X | X | X |
| 59 | Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen? | | | X | X |
| 60 | <ul style="list-style-type: none"> • primäre Implantatfehlage • sekundäre Implantatdislokation • postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes • Patellafehlstellung • Nachblutung/ Wundhämatom • Gefäßläsion • bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden • periprothetische Fraktur • Wunddehiszenz • sekundäre Nekrose der Wundränder • postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes • Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae • Fraktur der Patella • sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen | | X | X | |
| 61 | postoperative Wundinfektion | | | X | X |
| 62 | Wundinfektionstiefe | | X | X | |
| 63 | ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen | | X | X | |
| 64 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Knieendoprothesen-Erstimplantation] | | | | X |
| 65 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Knieendoprothesen-Erstimplantation] | X | | | X |

¹² In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ 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.

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 66 | Vorgangsnummer, GUID [Knieendoprothesen-Erstimplantation] | X | | | X |
| 67 | Versionsnummer [Knieendoprothesen-Erstimplantation] | | | | X |
| 68 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Knieendoprothesen-Erstimplantation] | | | | X |
| 69 | Wieviele Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 70 | Wurde eine Voroperation am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt? | | X | X | |
| 71 | Schmerzen | | X | X | |
| 72 | Osteophyten | | X | X | |
| 73 | Gelenkspalt | | X | X | |
| 74 | Sklerose | | X | X | |
| 75 | Deformierung | | X | X | |
| 76 | Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt? | | X | X | X |
| 77 | Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt? | | X | X | |
| 78 | Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor? | | | X | X |
| 79 | erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek) | | X | X | |
| 80 | Registriernummer des Dokumentationssystems (Ländercode + Registriercode) [Wechsel bzw. Komponentenwechsel] | | | | X |
| 81 | Vorgangsnummer, menschenlesbar [Wechsel bzw. Komponentenwechsel] | X | | | X |
| 82 | Vorgangsnummer, GUID [Wechsel bzw. Komponentenwechsel] | X | | | X |
| 83 | Versionsnummer [Wechsel bzw. Komponentenwechsel] | | | | X |

| Lfd. Nr. | Exportfeld (Bezeichnung) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|--|-----------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| | | Daten für die Fall-identifikation | Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung | Datenfelder für die Basis-auswertung | Technische und anwendungsbezogene Gründe |
| 84 | Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel bzw. Komponentenwechsel] | | | | X |
| 85 | Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes? | | | | X |
| 86 | Schmerzen vor der Prothesenexplantation | | X | X | |
| 87 | positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten) | | X | X | |
| 88 | mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation | | X | X | |
| 89 | Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor? | | | X | X |
| 90 | <ul style="list-style-type: none"> • Implantatbruch • Implantatfehl- lage/ Malrotation • Implantatwanderung • Lockerung der Femur-Komponente • Lockerung der Tibia-Komponente • Lockerung der Patella-Komponente • Knochendefekt Femur • Knochendefekt Tibia • periprothetische Fraktur [Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?] • Endoprothesen(sub)luxation • Instabilität des Gelenks • bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose • Patellanekrose • Patellaluxation • Patellaschmerz • andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde | | X | X | |