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 17. Juli 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.10.2025 B4, BAnz AT 03.11.2025 B3, BAnz AT 18.11.2025 B2, BAnz AT 04.12.2025 B3 und BAnz AT 17.12.2025 B4)
in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Inhalt

Teil 1: Rahmenbestimmungen 5
§ 1 Gegenstand, Geltungsbereich und Ziele der Richtlinie 5
§ 2 Verfahrensarten 7
§ 3 Inhalte der themenspezifischen Bestimmungen 7
§ 4 Verfahrensgrundsätze 8
§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften 9
§ 6 Aufgaben der LAG 10
§ 7 Bundesstelle 11
§ 8 Aufgaben der Bundesstelle 11
§8a Fachkommissionen 11
§ 9 Datenannahmestelle 13
§10 Auswertungsstellen 15
§11 Vertrauensstelle 16
§11a Versendestelle 16
§12 Zusammenarbeit 17
§13 Grundmodell des Datenflusses 17
§14 Art der Daten 18
§14a Qualitätsindikatoren, Rechenregeln und Referenzbereiche 19
§15 Erheben und Übermitteln der Daten 20
§16 Datenvalidierung 21
§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen 23
§18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer 28
§19 Qualitätssicherungsergebnisberichte an das Institut nach § 137a SGB V 29
§20 Bundesqualitätsbericht an den G-BA 30
§21 Ablösung länderbezogener Verfahren 30
§22 Finanzierung 30
§23 Bindung der einbezogenen Organisationen 31
§24 Information der Patientinnen und Patienten 31
§25 Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer 31
§26 Expertengremien auf Bundesebene 32

Anlage zu Teil 1: Datenflussverfahren 33
§ 1 Allgemeines 33
§ 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle 33
§ 3 Verfahren in der Datenannahmestelle 34
§ 4 Verfahren in der Vertrauensstelle 35
§4a Verfahren in der Versendestelle 35
§ 5 Verfahren in den Auswertungsstellen 36
§ 6 Auswertungen und Rückmeldeberichte 36

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen 40

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) 40

Verfahren 2: Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI) 93

Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE) 175

Verfahren 4: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) 195

Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX) 265

Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) 375

Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) 415

Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) 435

Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC) 447

Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) 464

Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK) 477

Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF).....489

Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM) 525

Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV) 573

Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) 619

Verfahren 16: ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie) 653

Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis) ……694

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

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

die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken.

(3) [1]Diese 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. [2]Diese Verfahren können entweder sektorspezifisch oder sektorenübergreifend ausgestaltet sein.

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

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

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

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

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

(6) [1]Diese Richtlinie gilt insbesondere für:

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

[2]Der Geltungsbereich umfasst alle Verträge des vierten Kapitels des SGB V mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 einschließlich aufgrund der Leistungsberechtigung nach § 116b SGB V und soweit relevant aufgrund von Modellvorhaben nach den §§ 63 und 64 SGB V. [3]Der Geltungsbereich umfasst alle von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 1 für GKV-Versicherte erbrachten, in den themenspezifischen Bestimmungen näher benannten Leistungen soweit in den themenspezifischen Bestimmungen nichts Abweichendes geregelt ist. [4]Leistungen auf der Grundlage von Selektivverträgen durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Satz 1 Nummer 2 werden nachfolgend als „SV-Leistungen“ bezeichnet.

(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 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV), die Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen
3. die Krankenkassen und der G-BA
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

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

1. Titel und Verfahrensnummer
2. Ziele des Verfahrens

sowie die Bestimmung und sofern erforderlich Begründung:

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

§ 4 Verfahrensgrundsätze

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

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

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

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

a) die Dokumentation

b) die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation

c) Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen, der Datenübermittlung, des abgestimmten Pseudonymisierungsverfahrens nach § 3 Absatz 2 Satz 4 der Anlage zu Teil 1

d) Prozesse zum Datenfehlermanagement

e) EDV-technische Vorgaben zur Datenprüfung

f) ein Datenprüfprogramm

g) zusätzlich bei Patientenbefragungen:

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

abzugeben und beschließt über deren Umsetzung.

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

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

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

a) die Datenbankstruktur

b) Zugriffsrechte gemäß dieser Richtlinie

c) die Auswertungsroutinen und

d) notwendige technische Voraussetzungen

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

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

§ 5 Landesarbeitsgemeinschaften

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

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

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

(4) [1]Die Träger der LAG richten gemeinsam eine unabhängige neutrale Geschäftsstelle ein und geben der LAG eine Geschäftsordnung. [2]Die 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) [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 und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 17 Absatz 1 Satz 2
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 durch die unabhängige und neutrale Geschäftsstelle der LAG nach § 5 Absatz 4 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
10. Umsetzung von Aufgaben, die sich aus der Richtlinie zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz gemäß § 136a Absatz 6 SGB V ergeben einschließlich der Übermittlung der Bewertungen der Indikatoren für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die vom G-BA als veröffentlichungsfähig beschlossen wurden, an die Annahmestelle QbT.

[2]Das Lenkungsgremium der LAG kann vorbehaltlich der Regelungen in § 17 Absatz 3 Aufgaben nach Satz 1 auf die unabhängige neutrale Geschäftsstelle nach § 5 Absatz 4 Satz 1 übertragen.

(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 beauftragen.

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

§ 7 Bundesstelle

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

§ 8 Aufgaben der Bundesstelle

(1) Für die Aufgaben der Bundesstelle für bundesbezogene Verfahren gilt § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 7 und Nummer 9 sowie § 6 Absatz 1 Satz 2 entsprechend.

(2) Zur Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben richtet die Bundesstelle Bundesfachkommissionen nach § 8a ein.

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

§ 8a Fachkommissionen

(1) [1]Für 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. [2]Die Festlegung von Art, Anzahl und Zusammensetzung der einzurichtenden Fachkommissionen erfolgt in den themenspezifischen Bestimmungen.

(2) [1]Die Fachkommissionen beraten auf Basis ihrer fachlichen Bewertung die Landesarbeitsgemeinschaft und die Bundesstelle sowie die Stellen nach § 5 Absatz 4 und § 7 Satz 2. [2]Als Ergebnis ihrer Beratung geben die Fachkommissionen Empfehlungen gemäß Absatz 3 ab.

(3) [1]Die 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 5 Satz 4 und 5 gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle
3. Bewertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens
4. Empfehlung für eine Entscheidung gemäß § 17 Absatz 6 Satz 12 über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und gegebenenfalls zur Einleitung von Maßnahmen gemäß § 17 Absatz 8 und 9 sowie Empfehlungen zum Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen, gegenüber der LAG beziehungsweise der Bundesstelle
5. Empfehlung eines geeigneten Verfahrens zur Überprüfung der Durchführung sowie des Erfolgs der Maßnahmen gegenüber der LAG bzw. der Bundesstelle.

[2]Weitere Aufgaben können von ihnen im Rahmen der Umsetzung der durch die LAG oder die Bundesstelle beschlossenen QS-Maßnahmen entsprechend § 17 Absatz 8 und 9 übernommen

werden. [3]Hierzu zählt unter anderem die Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien oder von Peer-Review-Verfahren.

(4) [1]Die 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.

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

(5) [1]Bis 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. [2]Soweit relevant müssen Vertreterinnen oder Vertreter der Pflegeberufe angemessen beteiligt werden. [3]Themenbezogen können Vertreterinnen und Vertreter anderer Heilberufe beteiligt werden. [4]Im fachlich begründeten Einzelfall können durch die LAG bzw. die Bundesstelle weitere Expertinnen und Experten hinzugezogen werden.

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

(7) [1]Der 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. [2]Die Benennung der Vertreterinnen oder Vertreter erfolgt für die Dauer von vier Jahren durch die LAG bzw. die Bundesstelle. [3]Es darf grundsätzlich einmalig eine Wiederbenennung erfolgen. [4]Eine vorzeitige Abberufung ist aus wichtigem Grund durch die vorschlagenden Organisationen oder die LAG bei länderbezogenen bzw. die Bundesstelle bei bundesbezogenen Verfahren möglich.

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

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

(10) [1]Die 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). [2]Die Kosten für die Teilnahme von den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen (§ 140f Absatz 1, 2 und 5 SGB V) benannten Vertreterinnen und Vertreter trägt bei länderbezogenen Verfahren die LAG, bei bundesbezogenen Verfahren die Stelle nach § 7 Satz 2. [3]Die in der Verordnung nach § 140g SGB V genannten oder nach dieser Verordnung anerkannten Organisationen sowie die sachkundigen Personen werden bei der Durchführung ihres Mitberatungsrechts in der LAG 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) [1]Für 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. [2]Die 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) [1]Datenannahmestellen sind diejenigen Stellen, an welche die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Krankenkassen die erhobenen Daten übermitteln. [2]Datenannahmestelle für kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte ist die zuständige KV/KZV. [3]Datenannahmestelle für Krankenhäuser ist die LKG. [4]Die Datenannahmestellen nach Satz 2 und 3 führen die Datenannahme für ihre Mitglieder auf eigene Kosten durch. [5]Eine gemäß Satz 2 oder Satz 3 für die Datenannahme zuständige Datenannahmestelle kann mit einer Frist von 18 Monaten zum Jahresende gegenüber der zuständigen LAG schriftlich erklären, dass sie die Datenannahme für ihre

Mitglieder nicht auf eigene Kosten durchführt und damit ihre Funktion als Datenannahmestelle beendet. [6]Bei einer Erklärung nach Satz 5 übernimmt die unabhängige und neutrale Geschäftsstelle der zuständigen LAG oder ein von der LAG 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. [7]Datenannahmestelle für Daten betreffend die SV-Leistungen gemäß § 1 Absatz 6 Satz 4 ist die Vertrauensstelle nach § 11. [8]Datenannahmestelle für die aufgrund von § 299 Absatz 1a SGB V zu verarbeitenden Daten der Krankenkassen ist die vom G-BA nach § 4 Absatz 6 Satz 1 beauftragte Stelle. [9]Die in Satz 2, 3 und 6 genannten Datenannahmestellen können getrennt oder gemeinsam geeignete Dritte mit der Datenannahme beauftragen. [10]Bei der Beauftragung eines Dritten ist auszuschließen, dass eine KV oder KZV Daten der Krankenhäuser oder eine LKG Daten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten oder Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte annimmt.

(2) [1]Die Datenannahmestellen haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. Annahme der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen übermittelten Daten
2. Prüfung der übermittelten Daten auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit
3. Weiterleitung der Daten mit dem Ergebnis der Überprüfung an die Vertrauensstelle, sofern notwendig
4. Ersetzung der die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizierenden Daten durch ein pro Verfahren unterschiedliches Pseudonym
5. Unterstützung der LAG bzw. der Bundesstelle bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 bzw. § 10
6. Unterstützung und Beratung der jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Rahmen der Datenannahme
7. Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß § 17 Absatz 13, 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, 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

14. Für die Datenannahmestelle nach Absatz 1 Satz 3 gilt bis zum 15. Oktober 2024: Die Umsetzung der Aufgaben, die sich aus § 10 Absatz 3 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur ergeben und die zur Entwicklung bzw. Auswahl geeigneter Qualitätsparameter notwendig sind einschließlich einer Depseudonymisierung der hierfür erforderlichen leistungserbringeridentifizierenden Daten und der Übermittlung dieser Daten an das Institut nach § 137a SGB V
15. Für die Datenannahmestelle nach Absatz 1 Satz 3: Unterstützung der Transplantationsregisterstelle nach § 15b Absatz 1 Transplantationsgesetz (TPG) bei der Klärung von Fehlern in den nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 TPG an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten durch Weiterleitung von für die Identifikation fehlerhafter Datensätze erforderlicher Daten an die Krankenhäuser.

[2]Die Vorgaben des Datenschutzes insbesondere des § 299 SGB V sind bei allen Datenannahmestellen einzuhalten.

§ 10 Auswertungsstellen

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

(2) [1]Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V als Bundesauswertungsstelle. [2]Sie 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) [1]Die Vertrauensstelle ist eine Organisation, welche die patientenidentifizierenden Daten gemäß § 14 Absatz 2, die im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhoben werden, pseudonymisiert. [2]Die Vertrauensstelle nimmt für SV-Leistungen gemäß § 1 Absatz 6 Satz 4 in ihrer Funktion einer Datenannahmestelle nach § 9 die Aufgaben nach § 9 Absatz 2 wahr.

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

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

§ 11a Versendestelle

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

(2) [1]Die Versendestelle hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Annahme der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die Datenannahmestellen an sie übermittelten personenbezogenen Daten gemäß § 14 Absatz 2a und des Leistungserbringerpseudonyms, 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 Fragenbogen-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 Vollzähligkeit an die Bundesauswertungsstelle.

[2]Die Versendestelle muss die Anforderungen des § 299 Absatz 4 SGB V erfüllen. [3]Der organisatorisch unabhängige Bereich wird durch die Versendestelle eingerichtet, um die Daten gemäß § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe b zu verarbeiten. [4]Die übermittelten personenbezogenen Daten gemäß § 14 Absatz 2a und das Leistungserbringerpseudonym sowie die Mapping-Tabellen sind von der Versendestelle zu löschen, wenn sie für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 2 nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch sechs Monate nach erstmaliger Versendung der Fragebögen. [5]In den themenspezifischen Bestimmungen kann abweichend von Satz 4 festgelegt werden, dass bestimmte Daten von der Versendestelle länger verarbeitet werden dürfen, wenn dies aus methodischen Gründen der Befragung erforderlich ist; diese Daten sind spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen.

§ 12 Zusammenarbeit

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

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

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

§ 13 Grundmodell des Datenflusses

(1) [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. [2]Bei Patientenbefragungen erfolgt abweichend von Satz 1:

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

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

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

(4) [1]Für den konkreten Fluss der Daten bei einzelnen Themen gilt das in der Anlage beschriebene Grundmodell. [2]Weitere 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 Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V).

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

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

§ 14a Qualitätsindikatoren, Rechenregeln und Referenzbereiche

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

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

(3) [1]Prospektive Rechenregeln werden vor Beginn der Datenerhebung erstellt. [2]Die 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. [3]Sie 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 auf den Internetseiten des Instituts veröffentlicht. [4]Mithilfe vorliegender Daten aus unterjährigen Lieferungen oder aus dem Vorjahr werden diese geprüft und ggf. angepasst (endgültige Rechenregeln). [5]Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche sind gegenüber dem G-BA zu begründen, von diesem bis zum 31. Mai des Jahres der Auswertung der Indikatoren zu beschließen und zu veröffentlichen. [6]Die zu beschließenden endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 31. März des Jahres der Auswertung der Indikatoren dem G-BA zur Beratung und weiteren Veranlassung zur Verfügung gestellt.

[7]Endgültige Rechenregeln sind vom Institut nach § 137a SGB V auf den Internetseiten des Instituts bis zum 31. Mai des Jahres der Auswertung der jeweiligen Indikatoren zu veröffentlichen.

§ 15 Erheben und Übermitteln der Daten

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

(2) [1]Um der Datenannahmestelle und ggf. Bundesauswertungsstelle die Überprüfung der Vollzähligkeit zu ermöglichen, erstellen die Krankenhäuser für alle behandelten Patientinnen und Patienten krankenhaus- und standortbezogen und die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bezogen auf SV-Leistungen gemäß § 1 Absatz 6 Satz 4 eine Aufstellung, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht. [2]Diese Aufstellung wird gemäß dem in der Spezifikation bundeseinheitlich vorgegebenen Format in elektronischer Form der Datenannahmestelle übermittelt. [3]Die jeweilige KV/KZV erstellt für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 1 Absatz 6 Nummer 2 eine Aufstellung gemäß dem in der Spezifikation vorgegebenen bundeseinheitlichen Format für die im Rahmen von Kollektivverträgen behandelten Patientinnen und Patienten, aus der die Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) hervorgeht und übermittelt diese an die jeweilige Datenannahmestelle, auch wenn die KV/KZV die Funktion der Datenannahmestelle selbst ausübt.

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

(4) [1]Die jeweilige Datenannahmestelle erteilt den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 2 bis zum 30. April des der Datenerhebung nachfolgenden Jahres eine Bescheinigung über die im abgelaufenen Kalenderjahr vollständig dokumentierten Datensätze (Ist) gemäß diesen Bestimmungen. [2]Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 ist in dieser Bescheinigung zu vermerken, ob sie ihren Berichtspflichten sowie ihrer Pflicht zur Abgabe einer Konformitätserklärung nach Absatz 3 fristgerecht nachgekommen sind. [3]Die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 legt diese Bescheinigung dem jeweiligen Vertragspartner zusammen mit den tatsächlichen Zahlen der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) vor. [4]Für die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 3 ist in dieser Bescheinigung die für sie von der jeweiligen Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle übermittelte Anzahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) zu vermerken. [5]Zum Abgleich der übermittelten Datensätze (IST) zwischen Landes- und Bundesebene erhalten die Datenannahmestellen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 jeweils zum 15. April eine Aufstellung der IST-Statistik von der Bundesauswertungsstelle.

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

§ 16 Datenvalidierung

(1) Die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie den Krankenkassen übermittelten Daten sind von der Bundesauswertungsstelle und den LAGen sowie gegebenenfalls unter Beteiligung der Datenannahmestellen gemäß § 9 Absatz 1 auf ihre Validität durch jeweils geeignete Verfahren zu prüfen (Datenvalidierungsverfahren).

(2) Spezifische oder abweichende Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren können in den themenspezifischen Bestimmungen und in Beschlüssen zu Kriterien gemäß Absatz 6 erfolgen.

(3) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Krankenkassen sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen. [2]Bei Auffälligkeiten haben sie an der Aufklärung und Beseitigung deren Ursachen mitzuwirken. [3]Soweit dies nicht erfolgt, kommt für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer § 17 zur Anwendung. [4]Krankenkassen, die ihrer Pflicht zur Datenübermittlung, bezogen auf das vom Institut nach § 137a SGB V festgelegte gesamte Verfahrensjahr, nicht nachkommen, wird die Gelegenheit zur Stellungnahme gegenüber der Bundesstelle gegeben. [5]Über eine nicht erfolgte, unvollständige oder nicht vollzählige Übermittlung der Krankenkassendaten, bezogen auf das vom Institut nach § 137a SGB V festgelegte gesamte Verfahrensjahr, ist der G-BA umgehend vom Institut nach § 137a SGB V zusammen mit einer fachlichen Bewertung der Auswirkungen auf das QS-Verfahren zu informieren. [6]Der G-BA bewertet auf dieser Basis die Auswirkungen auf das QS-Verfahren und entscheidet über das weitere Vorgehen und die zu veranlassenden Schritte.

(4) [1]Validiert werden die übermittelten fall- und einrichtungsbezogenen Dokumentationsdaten der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und die übermittelten Sozialdaten der Krankenkassen. [2]Die Datenvalidierung findet:

a) bei Krankenhäusern standortbezogen sowie standortübergreifend für die Ergebnisdarstellung der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

b) bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten auf Grundlage der Betriebsstättennummer (BSNR)

c) bei Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzten auf Grundlage der Abrechnungsnummer

d) bei Krankenkassen auf Grundlage der IK-Nummer der Krankenkassen

statt.

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

(6) [1]Das Datenvalidierungsverfahren umfasst eine jährliche statistische Basisprüfung der übermittelten Daten der Krankenhäuser, der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte und Krankenkassen auf Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität. [2]Die statistische Basisprüfung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt werden. [3]Die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien werden vom Institut nach § 137a SGB V vor Beginn der Datenerhebung erstellt und müssen zeitgleich mit den Änderungen der themenspezifischen Bestimmungen und den Spezifikationen für das jeweilige Erfassungsjahr durch den G-BA beschlossen und veröffentlicht werden. [4]Sie werden nach Beschlussfassung, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen nach dem Beschluss des Plenums vom Institut nach § 137a SGB V auf den Internetseiten des Instituts veröffentlicht. [5]Änderungen der endgültigen gegenüber den prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien sind gegenüber dem G-BA zu begründen. [6]Die zu beschließenden endgültigen Rechenregeln und Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien werden vom Institut nach § 137a SGB V bis zum 31. März des Jahres der Auswertung dem G-BA zur Beratung und weiteren Veranlassung zur Verfügung gestellt und sind zum jeweils 31. Mai durch den Unterausschuss Qualitätssicherung zu beschließen und auf den Internetseiten des Instituts zu veröffentlichen. [7]Bei begründetem Anlass, Auffälligkeitskriterien neu einzuführen, kann die erstmalige Beschlussfassung und Veröffentlichung mit den endgültigen Rechenregeln auf Empfehlung des Instituts nach § 137a SGB V erfolgen. [8]Die Auffälligkeitskriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. [9]Die statistische Basisprüfung der von den Krankenkassen übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Prüfkriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und einmalig durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen werden. [10]Wesentliche Änderungen der Prüfkriterien sind vom Unterausschuss Qualitätssicherung zu beschließen. [11]Die Prüfkriterien sind bundesweit einheitlich anzuwenden. [12]Die statistische Basisprüfung wird wie folgt durchgeführt. [13]Die Bundesauswertungsstelle führt die Berechnung der festgelegten Kriterien auf Basis der durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer und die Krankenkassen übermittelten Daten zur Qualitätssicherung durch. [14]Bestehen keine Auffälligkeiten, ist die statistische Basisprüfung an dieser Stelle abgeschlossen. [15]Ist eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach Durchführung der statistischen Basisprüfung rechnerisch auffällig bzw. werden Dokumentationsmängel festgestellt, so sind die Regelungen gemäß § 17 anzuwenden. [16]Bei Auffälligkeiten insbesondere zur Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität in den von den Krankenkassen übermittelten Daten erfolgt unverzüglich eine detaillierte Information und Darstellung der konkreten Auffälligkeiten durch die Bundesauswertungsstelle gegenüber der Krankenkasse, so dass eine Korrektur oder

Nachlieferung seitens der Krankenkasse bis zum in der themenspezifischen Bestimmung festgelegten, nächsten, spätestens übernächsten Lieferzeitraum nach Mitteilung der Auffälligkeit an die Krankenkasse erfolgen kann. [17]Sofern sich die Korrektur von Auffälligkeiten auf die letzte Datenlieferung für ein Erfassungsjahr bezieht, erfolgt eine Korrektur oder Nachlieferung schnellstmöglich, aber spätestens bis zum Ablauf von drei Monaten nach Mitteilung der Auffälligkeit an die Krankenkasse. [18]Die Bundesauswertungsstelle übermittelt die Information mit der Darstellung der konkreten Auffälligkeiten an die DAS KK, welche diese unverzüglich an die jeweilige Krankenkasse weiterleitet. [19]Werden im Rahmen der statistischen Basisprüfung bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gehäuft fehlerhafte Dokumentationen in Bezug auf die Vollständigkeit, Vollzähligkeit und Plausibilität zu einzelnen Datenfeldern festgestellt, sind diese Datenfelder durch das Institut nach § 137a SGB V in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Expertengremien jährlich auf ihre Verständlichkeit hin zu prüfen und gegebenenfalls die Spezifikation dieser Datenfelder anzupassen. [20]Hierbei sollten insbesondere die Auslösefilter, Ausfüllhinweise und Plausibilisierungen von Datenfeldern überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

(6a) [1]Die Vorgaben für die Festlegung und Veröffentlichung der prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Auffälligkeitskriterien in Absatz 6 Satz 3 bis 7 finden erstmals im Jahr 2024 für die im Jahr 2026 durchzuführende statistische Basisprüfung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für das Erfassungsjahr 2025 übermittelten Daten Anwendung. [2]Die statistische Basisprüfung der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Erfassungsjahre 2022 bis 2024 übermittelten Daten erfolgt anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien, die durch das Institut nach § 137a SGB V entwickelt und bis zum 31. Januar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres durch den Unterausschuss Qualitätssicherung beschlossen und auf den Internetseiten des Instituts veröffentlicht werden.

(7) [1]Für Qualitätssicherungsverfahren mit der Erfassung von Datensätzen zur fallübergreifenden Erfassung von spezifischen Daten für die Risikoadjustierung (Risikostatistik) findet jährlich eine Prüfung dieses Datensatzes statt. [2]Diese umfasst eine Prüfung auf Vollzähligkeit, Plausibilität und Vollständigkeit.

(8) [1]Das Institut nach § 137a SGB V richtet für die fachliche Begleitung zur einrichtungsbezogenen und fallbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation auf Bundesebene und für die fachliche Begleitung der Verarbeitung von Sozialdaten je ein Expertengremium gemäß § 26 ein. [2]Zu fachlichen Fragestellungen gemäß § 26 Absatz 3 Buchstabe g werden Expertinnen und Experten des GKV-SV, der DKG, der KBV und der KZBV beteiligt. [3]Das Institut nach § 137a SGB V hat regelmäßig über beide Gremien an den G-BA zu berichten.

(9) Der G-BA wird zeitnah weitere Regelungen und Methoden der Datenvalidierung festlegen.

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(1) [1]Die Gesamtverantwortung gegenüber dem G-BA für die ordnungsgemäße Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen tragen

a) bei länderbezogenen Verfahren die LAGen

b) bei bundesbezogenen Verfahren die Bundesstelle (Unterausschuss Qualitätssicherung).

[2]Sie sind zuständige Stellen für die

a) Bewertung der nach § 10 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 übermittelten Auswertungen

b) Feststellung der Notwendigkeit und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens

c) Durchführung des Stellungnahmeverfahrens nach Absatz 6

d) Entscheidung über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und Entscheidung über die Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen nach Absatz 8

e) Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen nach Absatz 8

f) Umsetzung von Aufgaben gemäß Absatz 7

g) Aufgaben nach Absatz 9 Satz 4 und Satz 5

h) Entscheidungen und Empfehlungen nach Absatz 10

i) Entscheidung nach Absatz 16.

[3]Die Trägerorganisationen der LAG können die Geschäftsstelle der LAG auf Beschluss des Lenkungsgremiums bei der operativen Durchführung ihrer Aufgaben unterstützen.

(2) [1]Zuständige Stellen für die Durchführung und Durchsetzung von Maßnahmen nach Absatz 9 Satz 6 sind bei

a) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 die zuständige KV/KZV, soweit die Maßnahmen Leistungen betreffen, für die die Abrechnung mit der KV/KZV erfolgt

b) allen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 und bei selektivvertraglicher Erbringung auch bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 die Krankenkassen, soweit die Maßnahmen Leistungen betreffen, für die die Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt.

[2]Der G-BA ist zuständig für Maßnahmen nach Absatz 9 Satz 7.

(3) Die Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 Buchstabe a und c sowie die Durchführung qualitätsverbessernder Maßnahmen gemäß Absatz 1 Satz 2 Buchstabe e können bei bundesbezogenen Verfahren auf die Geschäftsstelle der Bundesstelle nach § 7 Satz 2 und bei länderbezogenen Verfahren von den LAGen auf ihre jeweilige Geschäftsstelle nach § 5 Absatz 4 übertragen werden.

(4) [1]Die Tätigkeiten nach Absatz 1 Satz 2 Buchstabe a sind ohne Kenntnis der Identität der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durchzuführen, sofern eine Depseudonymisierung für den Zweck der Prüfung nicht zwingend erforderlich ist. [2]Für die Tätigkeiten nach Absatz 1 Satz 2 Buchstabe c bis i erfolgt eine Depseudonymisierung gegenüber den Fachkommissionen und Bundesfachkommissionen beziehungsweise der LAG und der Bundesstelle nur dann, wenn dies für den Zweck der Prüfungen oder Entscheidungen zwingend erforderlich ist.

(5) [1]Eine rechnerische Auffälligkeit dient als Aufgreifkriterium für eine qualitative Bewertung

a) von Qualitätsindikatorergebnissen bei der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen oder

b) von Ergebnissen zur Datenvalidierung

und führt in der Regel zu einem Stellungnahmeverfahren. [2]Eine rechnerische Auffälligkeit liegt vor, wenn ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator oder für ein Auffälligkeitskriterium zur Datenvalidierung nicht erreicht wird. [3]Die Art der Berechnung wird für Qualitätsindikatoren in den Rechenregeln gemäß § 14a Absatz 2 und 3 und für Auffälligkeitskriterien gemäß § 16 Absatz 6 abgebildet und veröffentlicht. [4]Die Fachkommissionen nach § 8a bewerten die rechnerischen Auffälligkeiten von Qualitätsindikatorergebnissen bei der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen oder von Ergebnissen zur Datenvalidierung und sprechen eine Empfehlung gegenüber den zuständigen Stellen nach Absatz 1 aus, ob ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden soll. [5]Soweit der G-BA gemäß § 3 Satz 2 Nummer 9 bundeseinheitliche Kriterien für die Datenbewertung und die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen gegenüber den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern festgelegt hat, erfolgt die fachliche Bewertung durch die Fachkommission nach Maßgabe dieser bundeseinheitlichen Kriterien. [6]Sofern keine Empfehlung zur Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens ausgesprochen wird, sind durch die Fachkommission die Gründe schriftlich darzulegen.

(6) [1]Im Stellungnahmeverfahren erhalten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Gelegenheit, sich zu den für die Bewertung rechnerischer Auffälligkeiten erheblichen Tatsachen zu äußern. [2]Das Stellungnahmeverfahren soll eine qualitative Beurteilung der rechnerischen Auffälligkeiten ermöglichen. [3]Es soll unter Berücksichtigung der Äußerung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers insbesondere zur Situation im Einzelfall, zu Besonderheiten des Krankenhauses oder der Vertragsarztpraxis, zu Besonderheiten der Patientengruppe oder zu von der Leistungserbringerin oder zu vom Leistungserbringer bereits eingeleiteten Maßnahmen der Qualitätssicherung erfolgen. [4]Das Stellungnahmeverfahren soll ohne Zeitverzug eingeleitet werden, nachdem den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Rückmeldeberichte nach § 18 der Richtlinie übermittelt oder zum Abruf bereitgestellt worden sind. [5]Den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist Gelegenheit zu geben, innerhalb einer angemessenen Frist von mindestens vier Wochen zu den rechnerischen Auffälligkeiten schriftlich oder elektronisch Stellung zu nehmen. [6]Die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind dabei durch die Stellen nach § 5 Absatz 4 oder § 7 Satz 2 darauf hinzuweisen, dass die Stellungnahmen keine über die für Qualitätssicherungszwecke hinausgehenden personenbezogenen Daten von Patientinnen oder Patienten oder einrichtungsidentifizierenden Daten enthalten dürfen. [7]Bei Stellungnahmeverfahren zu Ergebnissen auf Basis von Patientenbefragungen muss die Anonymität der befragten Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben. [8]Soweit zur qualitativen Bewertung rechnerischer Auffälligkeiten erforderlich, können der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer über bereits im Rückmeldebericht übermittelte Indikatorergebnisse und Daten hinausgehend 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. [9]Das Stellungnahmeverfahren kann mehrstufig sein. [10]Neben der Einholung von schriftlichen oder elektronischen Stellungnahmen können insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers auch Begehungen durchgeführt werden. [11]Die für die qualitative Bewertung der Auffälligkeiten wesentlichen Inhalte von Gesprächen und Ergebnissen von Begehungen sind von den Stellen nach § 5 Absatz 4 oder § 7 Satz 2 in geeigneter Weise zu dokumentieren. [12]Die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 schließt das Stellungnahmeverfahren unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Fachkommission nach

§ 8a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 mit einer qualitativen Bewertung ab. [13]In dieser qualitativen Bewertung wird insbesondere festgestellt, ob die Qualitäts- beziehungsweise die Dokumentationsanforderungen „eingehalten“ oder „nicht eingehalten“ wurden. [14]Über den Abschluss des Stellungnahmeverfahrens und das Ergebnis der qualitativen Bewertung wird die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer von der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 informiert. [15]Das Stellungnahmeverfahren soll für Qualitätsindikatoren, die zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung vorgesehen sind, durch die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 für jedes Auswertungsjahr bis zum 31. Oktober abgeschlossen sein. [16]Für Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse nicht zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung vorgesehen sind, und für die Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidierung gemäß § 16 Absatz 6 ist das Stellungnahmeverfahren spätestens bis zum 31. Dezember abzuschließen.

(7) [1]Ein fachlicher Dialog kann darüber hinaus auch dann durchgeführt werden, wenn eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer besonders gute Ergebnisse hat. [2]Dazu können Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit besonders guten Ergebnissen im Sinne des Best Practice durch die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 gebeten werden, sich zu melden, um anderen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern als Beispiel dienen zu können.

(8) [1]Auf Basis der qualitativen Bewertung stellt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen in einem gestuften System fest. [2]Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. [3]Zur Förderung der Qualität kann die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 eine schriftliche Empfehlung geben oder sie vereinbart mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer Art, Inhalt und Umfang der qualitätsverbessernden Maßnahmen. [4]Insbesondere kommen folgende fördernde Maßnahmen der Beratungen und Unterstützung (Maßnahmenstufe 1) in Betracht:

a) Zielvereinbarung
b) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
c) Teilnahme an Qualitätszirkeln
d) Teilnahme an Audits
e) Begehungen/Visitationen, sofern die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer zustimmt
f) Teilnahme an Peer Reviews
g) Implementierung von Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement
h) Implementierung von Behandlungspfaden
i) Implementierung von Standard Operating Procedures (SOPs)
j) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien und
k) Prüfung unterjähriger Auswertungsergebnisse.

(9) [1]Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Verstöße gegen Qualitätsanforderungen, 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. [2]Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen. [3]Dabei handelt es sich nicht um eine Weiterführung des Stellungnahmeverfahrens. [4]Die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1

entscheidet unter Berücksichtigung der Äußerung über die Anwendung oder die Empfehlung von Maßnahmen (Maßnahmenstufe 2). [5]Die Stellen nach Absatz 1 sind zuständig für:

a) eine Korrektur der Vereinbarung im Einvernehmen mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer

b) Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a und b mit entsprechenden Empfehlungen

c) die Information Dritter über Verstöße gegen Qualitätsanforderungen wobei Dritte in diesem Sinne insbesondere folgende Stellen sind, die nur in Kenntnis dieser Information ihre gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufgaben sachgerecht erfüllen können:

   aa) die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden,

   bb) die Gesundheitsämter,

   cc) Überwachungs- und Prüfungskommission bei der Bundesärztekammer hinsichtlich der Leistungsbereiche der Transplantationsmedizin nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

d) Empfehlung für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung durch den G-BA von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen bei besonders schwerwiegenden Verstößen.

[6]Die Stellen nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a und b sind zuständig bei Empfehlungen der Stellen nach Absatz 1 für die weitere Umsetzung von Vergütungsabschlägen oder der Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung. [7]Der G-BA ist zuständig für die Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen bei besonders schwerwiegenden Verstößen nach Satz 5 Buchstabe d.

(10) Bei gemäß qualitativer Bewertung besonders schwerwiegenden Verstößen gegen Qualitätsanforderungen, in Fällen, in denen die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer die Mitwirkung an dem Stellungnahmeverfahren nach Absatz 6 oder den qualitätsfördernden Maßnahmen nach Absatz 8 verweigert, kann die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 von dem vorgesehenen gestuften System gemäß Absatz 8 und 9 abweichen und unverzüglich Maßnahmen nach Absatz 9 festlegen beziehungsweise den zuständigen Stellen gemäß Absatz 2 diese empfehlen.

(11) [1]Die Fachkommissionen empfehlen der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 ein geeignetes Verfahren zur Überprüfung der Durchführung sowie des Erfolgs der Maßnahmen nach Absatz 8 und 9. [2]Folgt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 den Empfehlungen der Fachkommission zur Einleitung von Maßnahmen nach Absatz 8 oder Absatz 9 nicht, ist darüber im Qualitätssicherungsergebnisbericht nach § 19 beziehungsweise im Bundesqualitätsbericht nach § 20 zu berichten.

(12) Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen die Maßnahme nach Absatz 9 Satz 5 Buchstabe b aus.

(13) [1]Zur Durchführung der Aufgaben nach Absatz 6 bis 9 unterstützen die zuständige Datenannahme- und die Bundesauswertungsstelle die zuständigen Stellen bei der Klärung der rechnerischen Auffälligkeiten. [2]Soweit erforderlich, wird der zuständigen Stelle die Identifizierung der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers gemäß Absatz 4 ermöglicht.

(14) Die nach Absatz 2 zuständigen Stellen melden der zuständigen Stelle nach Absatz 1 Satz 1 zeitnah, jedoch spätestens sechs Monate nach Eingang der Empfehlungen bei der zuständigen Stelle zurück, wie mit den Empfehlungen verfahren wurde, es sei denn, die themenspezifischen Bestimmungen beinhalten abweichende Vorgaben.

(15) Bei Krankenhäusern hat die qualitative 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 in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) festgelegten Anforderungen zu erfolgen.

(16) Ergeben sich aus den nach § 10 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 übermittelten Auswertungen, im Stellungnahmeverfahren nach Absatz 6 oder im Rahmen der Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 8 Hinweise auf die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen außerhalb des Regelungsbereichs dieser Richtlinie, entscheidet die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 über eine einrichtungsbezogene Information an Stellen, die nur in Kenntnis dieser Information ihre gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufgaben erfüllen können.

(17) Auf die Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bis einschließlich dem Erfassungsjahr 2024 sind § 17 und die Vorgaben zur Bewertung der Auffälligkeiten in den themenspezifischen Bestimmungen nach Teil 2 dieser Richtlinie in der bis zum 31. Dezember 2024 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 18 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

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

(2) [1]Jeder Rückmeldebericht muss Informationen zur Vollständigkeit und Plausibilität 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. [2]Darüber hinaus enthält der jährliche Rückmeldebericht Informationen zur Vollzähligkeit der übermittelten Daten.

(3) [1]Der Rückmeldebericht soll für die Empfänger gut verständlich aufbereitet sein. [2]Er 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. [3]Die KVen, KZVen, LKG können auf Anfrage und mit Einwilligung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Einsicht in den jeweiligen Rückmeldebericht nehmen.

(4) [1]Der Rückmeldebericht enthält ausschließlich statistische Auswertungen als Grundlage für die Bewertungen gemäß § 17, worauf ausdrücklich hinzuweisen ist. [2]Soweit die themenspezifischen Bestimmungen Informationen in den Rückmeldeberichten zur Auswertung von Follow-up-Indikatoren, Follow-up-Kennzahlen oder zu Vorgangsnummern

nach § 14 Absatz 5 Satz 3, bei denen das Qualitätsziel nicht erreicht wurde, vorsehen, können diese Informationen in dem für Zwecke der Qualitätssicherung erforderlichen Umfang für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auch versichertenbeziehbare Daten der von ihnen behandelten Versicherten enthalten, die bei anderen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern oder bei den Krankenkassen erhoben wurden. [3]Die Daten nach Satz 2 werden in den betroffenen themenspezifischen Bestimmungen in den jeweiligen Tabellen der Anlage II als „Follow-up-Information“ gekennzeichnet. [4]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dürfen diese versichertenbezogenen Daten mit den Daten, die bei ihnen zu den Versicherten bereits vorliegen, in dem für die Zwecke der Qualitätssicherung nach dieser Richtlinie erforderlichen Umfang zusammenführen und verarbeiten.

(5) [1]Die Rückmeldeberichte sind den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern elektronisch und maschinenlesbar sowie -verwertbar frühestmöglich zum Abruf bereitzustellen oder elektronisch zu übermitteln. [2]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer werden für den Fall der Bereitstellung der Rückmeldeberichte zum Abruf unverzüglich durch ihre Datenannahmestelle gemäß § 9 Absatz 1 über die Abrufbarkeit der Rückmeldeberichte informiert. [3]Die Bundesauswertungsstelle informiert die zuständigen Stellen nach § 17 Absatz 1 sowie die Datenannahmestellen unverzüglich über die Bereitstellung der Rückmeldeberichte. [4]Die Datenannahmestellen informieren ihrerseits die zuständigen Stellen nach § 17 Absatz 1 unverzüglich über die Bereitstellung der Rückmeldeberichte.

(6) Verzögerungen in der Übermittlung der Rückmeldeberichte werden von den Datenannahmestellen beziehungsweise der Bundesauswertungsstelle den zuständigen Stellen nach § 17 Absatz 1 und den Leistungserbringerinnen und den Leistungserbringern unverzüglich mitgeteilt.

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

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

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

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

1. eine qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse
2. die Art, Häufigkeit und Ergebnisse aller durchgeführten oder zur Durchführung empfohlenen Qualitätssicherungsmaßnahmen
3. die längsschnittliche verlaufsbezogene Darstellung des Erfolgs von Qualitätssicherungsmaßnahmen
4. Erfahrungsberichte 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

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

§ 21 Ablösung länderbezogener Verfahren

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

§ 22 Finanzierung

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

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

(3) [1]Der Haushalt sowie ein jährlicher Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, sind durch die LAG bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. [2]Der G-BA prüft regelmäßig die Wirtschaftlichkeit der LAGen insbesondere durch Vergleiche. [3]Das Ergebnis wird den Trägern der LAG mitgeteilt. [4]Der G-BA legt einheitliche Vorgaben für die Übersichten der entstandenen Kosten nach Absatz 1 Satz 3

sowie die Maßstäbe zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit fest. [5]Er evaluiert seine Regelung zur Finanzierung im Hinblick auf eine wirtschaftliche Umsetzung der Aufgaben durch die LAGen und passt diese gegebenenfalls an.

(4) [1]Die 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. [2]Die Finanzierung der internen Dokumentation im Krankenhaus wird nicht in dieser Richtlinie geregelt, sondern ist nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG zwischen DKG und GKV-SV zu vereinbaren.

§ 23 Bindung der einbezogenen Organisationen

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

§ 24 Information der Patientinnen und Patienten

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

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

§ 25 Information der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

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

§ 26 Expertengremien auf Bundesebene

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

(2) [1]Die von diesen Gremien erarbeiteten Empfehlungen fließen in die Arbeitsergebnisse des Instituts nach § 137a SGB V ein. [2]Zu 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.

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) [1]Die elektronische Datenübermittlung erfolgt ausschließlich über gesicherte Übertragungskanäle. [2]Dies setzt eine Authentifizierung des Absenders und eine Transportverschlüsselung der Daten voraus.

§ 2 Datenübermittlung an die Datenannahmestelle

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

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

(2a) [1]Im Falle von Patientenbefragungen sind die Versendedaten der Patientinnen und Patienten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie so zu verschlüsseln, dass die 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. [2]Die Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie werden mit dem öffentlichen Schlüssel der Versendestelle verschlüsselt. [3]Die 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) [1]Zur Gewährleistung der Vollzähligkeitsprüfung übermitteln kollektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 der Richtlinie (KV/KZV) zudem zusätzlich die dafür erforderlichen administrativen Daten. [2]Alle anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln der jeweils zuständigen Datenannahmestelle die Konformitätserklärung gemäß Teil 1 § 15 Absatz 2 bis 4 der Richtlinie.

§ 3 Verfahren in der Datenannahmestelle

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

(2) [1]Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, 3, 6 und 7 der Richtlinie erzeugen aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils ein Leistungserbringerpseudonym. [2]Für die Pseudonymisierung nutzen die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 der Richtlinie das vom Institut nach § 137a SGB V vorgeschlagene Verfahren zur systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, welches sicherstellt, dass die Datenannahmestellen den gleichen leistungserbringeridentifizierenden Daten jeweils das gleiche Pseudonym zuordnen. [3]Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 7 (Vertrauensstelle) und Satz 8 (DAS-KK) der Richtlinie nutzen die öffentlichen Schlüssel der

systemweit einheitlichen Leistungserbringerpseudonymisierung, die ihnen auf Anfrage von den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2 (KV bzw. KZV), Satz 3 (LKG) und Satz 6 (LAG) der Richtlinie übermittelt werden. [4]Abweichend von Satz 1 legen die themenspezifischen Bestimmungen fest, ob die Datenannahmestelle für die Sozialdaten bei den Krankenkassen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie die leistungserbringeridentifizierenden Daten pseudonymisieren oder anonymisieren soll. [5]Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie ersetzt die krankenkassenidentifizierenden Daten durch ein Krankenkassen-Pseudonym, sofern in den themenspezifischen Bestimmungen nichts anderes vorgesehen ist.

(3) [1]Die Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, Satz 3, Satz 6 und Satz 8 der Richtlinie (KV/KZVen, 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. [2]Die Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 8 der Richtlinie (DAS KK) verschlüsselt das Krankenkassen-Pseudonym mit dem öffentlichen Schlüssel der Bundesauswertungsstelle. [3]Alle Datenannahmestellen verschlüsseln das Leistungserbringer-pseudonym so, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 299 SGB V eingehalten werden und nur die Bundesauswertungsstelle es entschlüsseln kann. [4]Sie übermitteln die von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer oder von den Krankenkassen gelieferten, patientenidentifizierenden Daten, die verschlüsselten Qualitätssicherungsdaten, das verschlüsselte Leistungserbringerpseudonym und ggf. das verschlüsselte Krankenkassen-Pseudonym zusammen mit den verschlüsselten Ergebnissen der Prüfung an die Vertrauensstelle. [5]Im 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 patienten-identifizierenden 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) [1]Die 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. [2]Sie 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) [1]Die Bundesauswertungsstelle führt je Verfahren anhand des Patientenpseudonyms die bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Krankenkassen erhobenen Daten aller vorliegenden Zeiträume zusammen und prüft sie gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 der Richtlinie. [2]Abweichend von Satz 1 werden die im Rahmen von Patientenbefragungen erhobenen Daten nach Teil 1 § 14 Absätze 2a und 2b der Richtlinie nicht mit den Daten nach Teil 1 § 14 Absätze 2, 5 und 6 der Richtlinie zusammengeführt. [3]Die Befragungsdaten werden anhand der Mapping-Tabelle einem Leistungserbringerpseudonym zugeordnet.

(2a) [1]Im Falle von Patientenbefragungen meldet die Bundesauswertungsstelle zur Kontrolle des Rücklaufs die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück. [2]Dort 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) [1]Die Bundesauswertungsstelle stellt die Daten zur weiteren Verarbeitung nach dieser Richtlinie so zur Verfügung, dass das Patientenpseudonym nach § 4 durch ein Ersatzpseudonym ersetzt wird. [2]Für die Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie und die Auswertungen für die LAGen ersetzt sie das Patientenpseudonym durch die von der jeweiligen Leistungserbringerin oder dem jeweiligen Leistungserbringer gemeldete Vorgangsnummer nach Teil 1 § 14 Absatz 5 der Richtlinie.

(2) [1]Die 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. [2]Das Nähere dazu wird in den themenspezifischen Bestimmungen geregelt. [3]Zusätzlich können die LAGen die Auswertungsstelle auf Landesebene gemäß Teil 1 § 6 Absatz 2 der Richtlinie beauftragen,

ergänzende Auswertungen im Rahmen der sich aus den themenspezifischen Bestimmungen ergebenden Auswertungsziele zu erstellen, soweit dies für Zwecke der Qualitätssicherung nach dieser Richtlinie insbesondere auch für die Begleitung der Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie erforderlich ist. [4]Ergänzende Auswertungen für Zwecke der Qualitätssicherung im Sinne von Satz 3 durch die von den LAGen beauftragten Auswertungsstellen sind insbesondere erforderlich für die

a) Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens auf Veranlassung der zuständigen LAG oder Antrag einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers

b) unterjährige Unterstützung für Leistungserbringer auf Antrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers

c) Möglichkeit der Plausibilisierung der von der Bundesauswertungsstelle zur Verfügung gestellten Auswertungen auf Veranlassung der zuständigen LAG oder Antrag einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers

d) Ermittlung von Fallzahlen oder Verteilung von Datenfeldern als unterstützende Maßnahmen zu Auswertungen nach den Buchstaben a und b auf Veranlassung der zuständigen LAG oder Antrag einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers

e) sofern die KV/KZV im Rahmen ihrer Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung als KdöR zur Vorbereitung ihrer Entscheidungen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 Satz 6 der Richtlinie ergänzende Auswertungen nach den Buchstaben a, c oder Buchstabe d bedarf, kann sie diese über die LAG verlangen.

[5]Dazu stellt die Bundesauswertungsstelle eine mandantenfähige Datenbank nach Teil 1 § 4 Absatz 7 der Richtlinie bereit, zu der ausschließlich die von den LAGen beauftragten Auswertungsstellen Zugriffsrechte erhalten. [6]Die Bereitstellung durch die Bundesauswertungsstelle und der Abruf der ergänzenden Auswertungen durch die von den LAGen beauftragten Auswertungsstellen erfolgt nach Maßgabe der Sätze 7 bis 17. [7]Die Bereitstellung der ergänzenden Auswertungen durch die Bundesauswertungsstelle erfolgt auf Grundlage folgender Daten:

a) patienten- und leistungserbringerpseudonymisierte Falldaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V, patientenanonymer Daten aus Patientenbefragungen und einrichtungsbeziehbare Daten für abgeschlossene Erfassungsjahre und abgeschlossene Quartale des aktuellen Erfassungsjahres

b) Ergebnisdaten für abgeschlossene Erfassungsjahre unter Einbeziehung von

    aa) Auswertungen (Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien, Transparenz-, Verfahrensspezifische, Kalkulatorische und Ergänzende Kennzahlen sowie in den Auswertungen dargestellte Stratifizierungen)

    bb) Kennzeichnung der Auffälligkeiten

    cc) Datengrundlage (Angaben zur Vollständigkeit/Vollzähligkeit, sowohl in absoluten Zahlen als auch in Prozentangaben) und

    dd) Basisauswertungen.

c) Ergebnisdaten für abgeschlossene Quartale des aktuellen Erfassungsjahres unter Einbeziehung von

    aa) Auswertungen (Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien)

bb) Kennzeichnung der Auffälligkeiten.

[8]Für die Bereitstellung und den Abruf ergänzender Auswertungen zur Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens auf Veranlassung der zuständigen LAG oder Antrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers nach Satz 4 Buchstabe a gelten folgende Maßgaben:

a) Beschränkung auf Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien mit Auffälligkeiten unter Einschluss aller Fälle der Vorjahre, für den in den themenspezifischen Bestimmungen zu den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer festgelegten Vergleichszeitraum, unter Ausschluss der versichertenbeziehbaren Kenntnisnahme von Follow-up-Daten durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer für Fälle ohne Auffälligkeit; es sei denn, die Follow-up-Daten wurden von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer selbst übermittelt

b) Zulässigkeit aggregierter Ergebnisdarstellungen zur Klarstellung von Sachverhalten im Stellungnahmeverfahren auf Antrag einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers.

[9]Für die Bereitstellung und den Abruf ergänzender Auswertungen zur unterjährigen Unterstützung für Leistungserbringer auf Antrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers nach Satz 4 Buchstabe b gelten folgende Maßgaben:

a) Beschränkung auf Auswertungen zu einem Qualitätsindikator oder einem Auffälligkeitskriterium

b) Ausschluss der versichertenbeziehbaren Kenntnisnahme von Follow-up-Daten durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer für Fälle ohne Auffälligkeit; es sei denn, die Follow-up-Daten wurden von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer selbst übermittelt.

[10]Für die Bereitstellung und den Abruf ergänzender Auswertungen zur Ermittlung von Fallzahlen oder Wertverteilung innerhalb der Datenfelder als unterstützende Maßnahmen auf Antrag der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers nach Satz 4 Buchstabe d gelten folgende Maßgaben:

a) es kann jedes Datenfeld oder eine Kombination von Datenfeldern ausgewählt werden, wobei als Ausgabe jedoch nur die Anzahl und nicht der Inhalt von Datenfeldern dargestellt wird

b) die Ergebnismenge kann von der Auswertungsstelle in maschinenlesbarer Form heruntergeladen werden

c) die Auswahl eines Gesamtdatensatzes als Ergebnismenge ist auszuschließen.

[11]Die Bundesauswertungsstelle entwickelt das Verfahren für den Abruf ergänzender Auswertungen im Einvernehmen mit den LAGen und der Bundesstelle, welches vom G-BA zu beschließen ist. [12]Die Bundesauswertungsstelle und die von den LAGen beauftragten Auswertungsstellen haben die für die Bereitstellung und den Abruf der Daten nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen. [13]Die Verantwortung für die Zulässigkeit des einzelnen Abrufs trägt die abrufende Stelle. [14]Die Bundesauswertungsstelle protokolliert Anlass, Erforderlichkeit nach Satz 4 und Art der abgerufenen Daten jedes einzelnen Abrufs und berichtet dem G-BA jährlich darüber. [15]Die Bundesauswertungsstelle überprüft die

Zulässigkeit der Abrufe durch geeignete Stichprobenverfahren und im Übrigen nur, wenn dazu Anlass besteht. [16]Die in den jeweils themenspezifischen Bestimmungen festgelegten Löschfristen sind zu beachten. [17]Die in Satz 14 genannten Protokolle sind nach zwei Jahren zu löschen.

(2a) [1]Die Bundesauswertungsstelle nimmt bei bundesbezogenen Verfahren die Aufgaben für ergänzende Auswertungen auf Veranlassung der Bundesstelle bzw. der Stelle nach Teil 1 § 7 Satz 2 der Richtlinie oder auf Antrag einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers wahr. [2]Absatz 2 Satz 7 bis 17 gilt entsprechend.

(3) Die Bundesauswertungsstelle nach Teil 1 § 10 Absatz 2 der Richtlinie leitet den Datenannahmestellen nach Teil 1 § 9 Absatz 1 Satz 2, 3, 6 und 7 der Richtlinie und diese wiederum den jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ihre Rückmeldeberichte so zu, dass Dritte keine Möglichkeit zur Einsichtnahme haben.

DeQS-RL Teil 2: Themenspezifische Bestimmungen

Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

(3) [1]Das 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. [2]Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. [3]Daraus 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.

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

§ 2 Eckpunkte

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

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

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

(4) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]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) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich 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) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Zum 30. Juni 2027 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich etwaiger Veränderungen in der Durchführung oder darüber, ob das Verfahren ab dem Erfassungsjahr 2028 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) [1]Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

(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 Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, 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) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern

b) den Krankenkassen und

c) den Patientinnen und Patienten in Form von Patientenbefragungen.

[2]Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind der **Anlage II** zu entnehmen. [3]Diese 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. [4]Die 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) [1]Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. [2]Neben 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 Fragebögen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es 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.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres

b) Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorvorjahres (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) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten

a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,

b) für ihre kollektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie

c) für ihre selektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,

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

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

a) die 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 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 oder der jeweiligen Kennzahl nicht erreicht wird

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, die ab dem Erfassungsjahr 2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden; diese 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

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

[2]Ergebnisse der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < 4 werden nicht ausgewiesen.

(3) [1]Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a und b** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten. [2]Sie enthalten zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß **Anlage II Buchstabe c**. [3]Der Zwischenbericht zum 30. September enthält zusätzlich die zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Befragungsdaten aus der Patientenbefragung.

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

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

(2) [1]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 Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

[2]Ergebnisse der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < 4 werden nicht ausgewiesen.

§ 12 (weggefallen)

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vertreterin oder der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologin/Kardiologe sein. [3]Darüber hinaus soll die Fachkommission mit einer Herzchirurgin oder einem Herzchirurgen besetzt sein. [4]Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen. [5]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheterlaboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. [6]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [7]Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. [8]Alle 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) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten gemäß **Anlage II Buchstabe a** des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Da-

ten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]Alle 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 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(1a) [1]Abweichend 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 12. Tag des Monats an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle. [2]Gemäß 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. [3]Für die Daten besteht eine Korrekturfrist von sieben Tagen.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vorvorjahres beziehen, sowie die Ergebnisse der Patientenbefragung, die sich auf einen Indexeingriff des Vorjahres sowie gegebenenfalls auch auf einen längeren Erfassungszeitraum beziehen. [3]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

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

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

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Für die Erfassungsjahre bis 2026 werden 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) [1]Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie eine geschichtete Zufallsstichprobe mit monatlicher Anpassung auf Basis der von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 1 und 2 der Richtlinie durchgeführten Indexeingriffe gezogen. [2]Die technische Umsetzung der Stichprobe entspricht den Vorgaben gemäß § 5 Absatz 2. [3]Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 20. Tag eines Monats beziehungsweise am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der im Vormonat entlassenen beziehungsweise behandelten Patientinnen und Patienten einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers. [4]Für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer sind bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr näherungsweise 200 Patientinnen und Patienten in die Stichprobe einzubeziehen beziehungsweise für die Befragung auszuwählen (Stichprobenumfang). [5]Um den jährlichen Stichprobenumfang zu erreichen, gilt für die monatliche Zufallsstichprobe gemäß Satz 1 ein anzustrebender Stichprobenumfang von 17 Fällen. [6]Unterschreitet die Grundgesamtheit gemäß Satz 3 in einem oder mehreren Monaten die anzustrebende Stichprobengröße, erfolgt in dem jeweiligen Monat eine Vollerhebung und der monatlich anzustrebende Stichprobenumfang des jeweiligen Folgemonats wird auf 17 Fälle plus die kumulative Anzahl Fälle, die in den Vormonaten zu 17 Fällen fehlten erhöht. [7]Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich wird somit in der Regel eine Vollerhebung angestrebt. [8]Abweichend von Teil 1 § 11a Absatz 2 Satz 4 der Richtlinie darf die Versendestelle das Leistungserbringerpseudonym und die Anzahl der von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für das laufende Jahr übermittelten Datensätze so lange verarbeiten, wie dies für Zwecke nach Satz 4 bis 7 erforderlich ist; diese Daten sind spätestens 24 Monate nach Versendung der Fragebögen zu löschen.

(3) [1]Die Zuordnung der korrekten Fragebogenversion anhand der Versendedaten, 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. [2]Die Rücksendefrist für die Patientinnen und Patienten wird im Anschreiben angegeben und beträgt 20 Tage nach Versendung des Fragebogens.

(4) [1]Die Bundesauswertungsstelle meldet werktäglich die FB-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle zurück. [2]Die Versendestelle gleicht diese Informationen automatisiert mit den Fragebogen-IDs der versendeten Fragebögen ab. [3]Zwölf Tage nach Versand des Fragebogens erstellt die Versendestelle ein Erinnerungsschreiben (bestehend lediglich aus einem Anschreiben) an die Patientinnen und Patienten, von denen noch kein Fragebogen eingegangen ist und stellt dies zum Versand bereit. [4]Wenn 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) [1]Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird in dem Zeitraum drei Wochen bis zwölf Wochen nach erfolgtem Indexeingriff durchgeführt. [2]Fragebögen, die nach Verstreichen der festgelegten Ausschlussfrist beim Institut nach § 137a SGB V eintreffen, werden von der Auswertung ausgeschlossen.

(6) [1]Die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle erfolgt jeweils zum 25. April, 25. Juli, 25. November und 25. Januar bezogen auf das vorangegangene Quartal. [2]Die 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 25. April, 25. Juli, 25. November und 25. 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) [1]Für 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. [2]Gegenstände 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. [3]Die Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Erhebung und Übermittlung der Daten nach Anlage II Buchstabe c zu Zwecken der Patientenbefragung und damit die Erprobung beginnt am 1. Juli 2022. [4]Für den Zeitraum der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie festgelegt, es sei denn, bei der Bewertung der Auswertungen werden analog Teil 1 § 17 Absatz 10 besonders schwerwiegende Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen. [5]Die ersten sechs Monate die-

nen der Erprobung der Datenerhebung und des Datenflusses. [6]Zum ersten vollständigen Erfassungsjahr werden keine Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 durchgeführt, zum Zweck der Evaluation der Indikatoren und Rückmeldeberichte können die LAGen unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie jedoch insbesondere für auffällige Ergebnisse Rückmeldungen von den betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einholen. [7]Ab dem zweiten vollständigen Erfassungsjahr führen die LAGen unter Beteiligung der Fachkommissionen bei ausreichender Datengrundlage Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 §§ 6 und 8a der Richtlinie durch und beschließen über die Notwendigkeit und Einleitung sowie Durchführung geeigneter Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 der Richtlinie. [8]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. [9]Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung. [10]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 berücksichtigt diese in den nächsten Empfehlungen zu den Änderungen der Spezifikation und der prospektiven Rechenregeln. [11]Das Institut nach § 137a SGB V erstellt für den Gemeinsamen Bundesausschuss jeweils bis zum 15. Januar des Folgejahres einen Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung.[12]Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet auf Basis des Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie, der prospektiven Rechenregeln und der Spezifikationen für das folgende Erfassungsjahr.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS PCI)

a) QS-Dokumentationsdaten/Sozialdaten

Indikatorenliste

1	Indikation zur elektiven Koronarangiographie (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom
ID	56000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig) mit der führenden Indikation chronisches Koronarsyndrom oder Verdacht auf chronisches Koronarsyndrom, die auf der Grundlage gesicherter oder fraglicher, objektiver (apparativer), nicht-invasiver Ischämiezeichen oder eines pathologischen Koronar-CTs durchgeführt wurden.
Qualitätsziel	Der Anteil an durchgeführten elektiven Koronarangiographien (isoliert oder einzeitig), bei denen eine angemessene Indikationsstellung (objektive nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)) vorliegt, soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	„Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
ID	56003
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an durchgeführten Erst-PCI (isoliert oder einzeitig) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt, die innerhalb der in den Leitlinien geforderten 60 Minuten nach Ankunft der Patientin oder des Patienten in der Einrichtung durchgeführt werden.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige „Door-to-balloon"-Zeit.
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen
ID	56012
Beschreibung	Der Indikator erfasst therapiebedürftige Blutungen sowie andere punktionsnahe Komplikationen (Thrombininjektion nach Blutung, Transfusion nach Blutung, chirurgische Intervention nach Blutung oder Aneurysma spurium) bis einschließlich des 7. postprozeduralen Tages nach Durchführung einer isolierten Koronarangiographie, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographie/PCI.
Qualitätsziel	Der Anteil therapiebedürftiger Blutungen und punktionsnaher Komplikationen nach isolierten Koronarangiographien, isolierten PCI und einzeitigen Koronarangiographien/PCI bis zum 7. postprozeduralen Tag soll niedrig sein.

Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt
ID	56014
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle PCI (isoliert oder einzeitig) mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt, bei denen das wesentliche Interventionsziel (TIMI-III-Fluss) erreicht wurde.
Qualitätsziel	Möglichst häufiges Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie
ID	56018
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine isolierte Koronarangiographie erhalten haben und bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra- oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Der Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen unerwünschte kardiale oder zerebrovaskuläre intra-oder postprozedurale Ereignisse (MACCE) bis einschließlich zum 7. postprozeduralen Tag aufgetreten sind, soll niedrig sein.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI
ID	56020
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-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
7	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt
ID	56022

Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten, die eine Erst-PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-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
8	Indikation zur elektiven Revaskularisation bei chronischem Koronarsyndrom bzw. nach akutem Koronarsyndrom
ID	56027
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) bei chronischem Koronarsyndrom oder nach Komplettierung der Revaskularisation bei akutem Koronarsyndrom, für die eine leitliniengerechte Indikation zur invasiven Revaskularisation vorliegt.
Qualitätsziel	Der Anteil an elektiven PCI bei chronischem Koronarsyndrom oder bei Komplettierung der Revaskularisation nach akutem Koronarsyndrom mit angemessener Indikationsstellung soll hoch sein.
Indikatortyp	Indikationsstellung

Kennzahlenliste

1	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)
ID	56024
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 8. bis zum 30. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isoliert oder einzeitig).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)
ID	56026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst die Anzahl der verstorbenen Patientinnen und Patienten vom 31. bis zum 365. postprozeduralen Tag nach einer PCI (isoliert oder einzeitig).
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Sterblichkeit bei PCI
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Patientenbefragung

Indikatorenliste

1	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI
ID	56100
Beschreibung	Der Indikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten vor Durchführung der PCI eine angemessene symptomatische Indikation durch Angina-pectoris-Beschwerden oder herzbedingter Luftnot vorgelegen hat.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor der elektiven PCI spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	**Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie**
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 vor der elektiven Koronarangiografie spürbare Symptome wahrnehmen, sodass eine angemessene symptomatische Indikation aus Patientensicht besteht.
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	**Prozessbegleitende Koordination der Versorgung**
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.
Indikatortyp	Prozessindikator

4	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals
ID	56104
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten dazu, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen, respektvollen und zugewandten Umgang durch das Pflege- und Assistenzpersonal erfahren. Außerdem soll das Pflege- und Assistenzpersonal für die Patientinnen und Patienten bei Bedarf erreichbar sein und so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung mit den Patientinnen und Patienten möglich ist.
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte
ID	56105
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie prozessbegleitend wertschätzende und positive Erfahrungen in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten gemacht haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen einen höflichen und respektvollen Umgang durch die Ärztinnen und Ärzte erfahren. Für die Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen erreichbar sein und Informationen sollen verständlich kommuniziert werden. Bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten sollen Ärztinnen und Ärzte so gut Deutsch sprechen, dass eine Verständigung möglich ist. In dem Beisein von Patientinnen und Patienten soll nicht über sie gesprochen werden, ohne sie einzubeziehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur
ID	56107
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor der geplanten Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über den Umgang mit einer bestehenden Medikation vor der geplanten Prozedur informiert werden (Absetzen oder Umstellen ihrer Medikation).
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten

ID	56108
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie in der Vorbereitung einer Koronarangiografie bzw. PCI das Angebot zur Beteiligung am Entscheidungsprozess erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen je nach ihrem Bedürfnis in Entscheidungen, die die Prozedur betreffen, einbezogen werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
8	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur
ID	56109
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie lange sie vor der Prozedur im OP-Hemd warten mussten.
Qualitätsziel	Die Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor soll für die Patientinnen und Patienten niedrig sein.
Indikatortyp	Prozessindikator
9	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur
ID	56110
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, wie das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte während der elektiven Prozedur auf die Patientinnen und Patienten eingegangen sind, wie z. B. durch das persönliche Vorstellen der Ärztinnen und Ärzte oder durch das beruhigende Eingehen des Pflege- und Assistenzpersonals während der Prozedur.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen die durchführende Ärztin/den durchführenden Arzt vor der Prozedur kennenlernen und ihnen soll der Ablauf erklärt werden. Das Pflege- und Assistenzpersonal soll während der Prozedur beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI
ID	56112
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend und umfangreich über die Einnahme von Medikamenten nach der Prozedur informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfangreich über die notwendige Medikation nach der Prozedur informiert werden (Dauer der Einnahme, Neben- und Wechselwirkungen, Verhalten bei geplanter oder ungeplanter Unterbrechung sowie Art und Dosierung der Medikation).
Indikatortyp	Prozessindikator

11	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI
ID	56113
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie hinreichend über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen bei Bedarf über Rehabilitationsmöglichkeiten und Hilfe bei psychischer Belastung nach einer dringenden bzw. akuten PCI informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
12	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI
ID	56114
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angabe der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie nach einer PCI bei Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen die benötigte Medikation bzw. ein Rezept bei Bedarf mitbekommen haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag entlassen worden sind, sollen bei Bedarf die benötigte Medikation oder ein Rezept von dem entlassenden Leistungserbringer mitbekommen.
Indikatortyp	Prozessindikator
13	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
ID	56115
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Beurteilung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie in der Nachbeobachtung regelmäßig gefragt wurden, ob sie Schmerzen haben und ob sie bei Bedarf Schmerzmittel erhalten haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten.
Indikatortyp	Prozessindikator
14	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle
ID	56116
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Einschätzung der Patientinnen und Patienten, inwieweit sie zum Zeitpunkt der Befragung noch Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle hatten.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur keine längerfristigen Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle haben.

Indikatortyp	Ergebnisindikator
15	Vermeidung schmerzhafter und/oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur
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 schmerzhaften oder bewegungseinschränkenden Hämatome aufweisen.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
16	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI
ID	56118
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit bei den Patientinnen und Patienten durch die elektive PCI eine Verbesserung der Symptomschwere erreicht wurde.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven PCI (isoliert oder einzeitig) eine Verbesserung der Symptomschwere spüren.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
17	Patienteninformation zur Entscheidung für die elektive Prozedur
ID	56119
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 und über das Ziel der elektiven Prozedur informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
18	Patienteninformation zur Durchführung der elektiven Prozedur
ID	56120
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern sie nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis sowie Schonung bei Belastung und der weiteren medizinischen Behandlung informiert werden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen umfassend über 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, informiert werden. Patientinnen und Patienten sollen die Gelegenheit haben, über eventuelle Ängste und Sorgen zu sprechen.
Indikatortyp	Prozessindikator
19	Patienteninformation für die Zeit nach der Prozedur
ID	56121
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der Prozedur die wesentlichen Informationen zur weiteren Versorgung gegeben wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der Prozedur umfassend über das Untersuchungs- bzw. Behandlungsergebnis, die Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, das Erkennen von und den Umgang mit Komplikationen und Beschwerden, den Wiedereinstieg in zuvor abgesetzte Medikamente, sowie über die Notwendigkeit der weiteren medizinischen Betreuung informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
20	Patienteninformation zu Gesundheit und Prävention bei PCI
ID	56122
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst die Angaben der Patientinnen und Patienten, inwiefern ihnen nach der elektiven bzw. akuten/notfallmäßigen PCI (isoliert, einzeitig) die wesentlichen Informationen zu Bewegung und Sekundärprävention gegeben wurden.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven bzw. akuten/notfallmäßigen PCI (isoliert, einzeitig) über Möglichkeiten der sportlichen Betätigung und der Sekundärprävention informiert werden.
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PCI)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentifi-kation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Basis-aus-wer-tung	Techni-sche und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-forma-tion
1	Registriernummer des Do-kumentationssystems (Län-derkode + Registrierkode) [Basis]				X	
2	Vorgangsnummer und Da-tensatz-ID [Basis][1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Basis][2]	X			X	
4	Versionsnummer [Basis]				X	
5	Stornierung eines Datensat-zes (inkl. aller Teildaten-sätze)				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X	X
10	Art der Leistungserbringung	X		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[3]	X			X	
13	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
14	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
15	Institutionskennzeichen	X			X	
16	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
17	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
18	Fachabteilung	X				
19	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X	X	
20	Nebenbetriebsstättennummer	X	X	X		
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]	X	X	X	X	
22	Geburtsjahr[9]	X	X	X	X	
23	Geschlecht	X		X		
24	Aufnahmedatum (stationär)	X	X			X
25	Zustand nach koronarer Bypass-OP		X	X		
26	Ejektionsfraktion unter 40%		X	X		
27	Körpergröße		X	X		
28	Körpergröße unbekannt		X	X		
29	Körpergewicht		X	X		
30	Körpergewicht unbekannt		X	X		
31	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X	

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort beziehungsweise verbringender Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum (stationär)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentifi-kation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Basis-aus-wer-tung	Techni-sche und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-forma-tion
32	Vorgangsnummer und Da-tensatz-ID [Prozedur][10]	X			X	
33	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Prozedur][11]	X			X	
34	Versionsnummer [Prozedur]				X	
35	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (statio-när) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambu-lant)?		X	X	X	
36	Datum der Prozedur	X	X			X
37	Patientenalter am Behand-lungstag in Jahren (ambu-lant)[12]	X		X	X	
38	Quartal der Operation[13]	X		X	X	
39	akutes Koronarsyndrom		X	X	X	X

[10] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.
[11] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.
[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Datum der Prozedur“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[13] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Prozedur“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
40	Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms		X	X		X
41	Angina pectoris oder Angina-pectoris-Äquivalent (Belastungs-Dyspnoe) bei chronischem Koronarsyndrom		X	X		X
42	leitliniengerechte optimierte medikamentöse antianginöse Therapie		X	X		
43	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen oder pathologische Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA)		X	X		
44	zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik		X	X		
45	Herzinsuffizienz		X	X	X	X
46	kardiogener Schock		X	X		X
47	Art der Prozedur		X	X	X	X
48	Gebührenordnungsposition (GOP)	X		X		
49	Dringlichkeit der Prozedur		X	X	X	X
50	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
51	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
52	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
53	Dialysepflicht		X	X		
54	Fibrinolyse vor der Prozedur		X	X		
55	Zugangsweg		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
56	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X	
57	Vorgangsnummer und Datensatz-ID [Koronarangiographie][14]	X			X	
58	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Koronarangiographie][15]	X			X	
59	Versionsnummer [Koronarangiographie]				X	
60	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Koronarangiographie]				X	
61	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses		X		X	

[14] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[15] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Behandlungsfalles (ambulant)?					
62	führende Indikation für diese Koronarangiographie		X	X		X
63	Operationen- und Prozedurenschlüssel [Koronarangiographie][16]	X		X		X
64	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [PCI]				X	
65	Vorgangsnummer und Datensatz-ID [PCI][17]	X			X	
66	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [PCI][18]	X			X	
67	Versionsnummer [PCI]				X	

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

[17] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
68	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
69	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?		X		X	
70	Indikation zur PCI		X	X	X	X
71	War der aktuelle STEMI Anlass der stationären Aufnahme bzw. des Behandlungsfalls?		X	X	X	
72	Operationen- und Prozedurenschlüssel[19] [PCI]	X		X		X
73	PCI an Hauptstamm		X	X		X
74	PCI an LAD		X	X		X
75	PCI an RCX		X	X		X
76	PCI an RCA		X	X		X
77	Ist der Befund des nicht invasiven Ischämienachweises passend zum Versorgungsgebiet des intervenierten Gefäßes?		X	X		
78	Stenosegrad (angiographischer Diameter)		X	X		
79	Stenosegrad (angiographischer Diameter) nicht bestimmt		X	X		

[19] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
80	Ergab die intrakoronare Bildgebung einen pathologischen interventionsbedürftigen Befund?		X	X		
81	Ergab die (hämodynamische) Relevanzmessung einen pathologischen Messwert?		X	X		
82	PCI mit besonderen Merkmalen		X	X	X	X
83	PCI am kompletten Gefäßverschluss		X	X		X
84	PCI eines Koronarbypasses		X	X		X
85	PCI am ungeschützten Hauptstamm		X	X		X
86	PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA		X	X		X
87	PCI am letzten verbliebenen Gefäß		X	X		X
88	PCI an einer In-Stent-Stenose		X	X		X
89	PCI an einer Bifurkationsstenose		X	X		X
90	sonstiges		X	X		X
91	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß		X	X		
92	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?		X	X	X	
93	Door-Zeitpunkt (Datum)		X			
94	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
95	Balloon-Zeitpunkt (Datum)		X			

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
96	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)		X			
97	intraprozedural auftretende Ereignisse		X	X	X	
98	koronarer Verschluss		X	X		
99	TIA/Schlaganfall		X	X		
100	Exitus im Herzkatheterlabor		X	X		
101	sonstige		X	X		
102	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X	X	
103	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts		X			
104	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall		X	X	X	
105	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls		X			
106	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI		X	X	X	X
107	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall-CABG-Operation		X			X
108	postprozedurale Transfusion im Zusammenhang mit der durchgeführten PCI oder Koronarangiographie		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
109	Datum der postprozeduralen Transfusion		X			
110	postprozedurales Aneurysma spurium		X	X	X	
111	Datum des postprozeduralen Aneurysma spuriums		X			
112	Entlassungsdatum	X				X
113	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)[20]	X		X		X

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		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		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
12	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		X
13	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		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
16	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[4]	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
§ 301 (AMBO)							
18	Angabe der Quelle des Datensatzes[5]	source(kh_ambo)@quelle				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
19	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[6]	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
20	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	
21	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
22	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X			X

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
23	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
24	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
25	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
26	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
27	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation[8]	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X
28	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
29	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
30	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
31	Angabe der Quelle des Datensatzes[9]	source(295k)@quelle				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.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
32	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[10]	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
33	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[11]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
34	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
35	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
36	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			X
37	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		X
38	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X

[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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
39	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1 @ebm	X	X	X		X
40	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2 @datum	X	X			X
41	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
§ 284 (Stammdaten)							
42	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X		X
43	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
44	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
45	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
46	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	
47	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 300 (Apotheken)							
48	Angabe der Quelle des Datensatzes[13]	source(300)@quelle				X	
49	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[14]	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	
50	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[15]	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	

[12] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[13] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[14] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[15] Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
51	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
52	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			X
53	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkennzeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder	X		X		
54	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkennzeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X	
55	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X		X
56	Gegebenenfalls Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet	X	X	X		X
§ 295 (selektivvertraglich)							
57	Angabe der Quelle des Datensatzes[16]	source(295s)@quelle				X	

[16] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
58	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[17]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
59	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	
60	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			

[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.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
61	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[19]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
62	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	
63	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			

[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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
64	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				
65	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
66	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				
67	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
68	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
69	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
70	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X
Administrative Daten							
71	IKNR der Krankenkasse[21]	Admin@kasseiknr	X			X	
72	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.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
73	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
74	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[22]	Admin@dienstleister				X	

[22] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

c) Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1*	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X	
2*	Datensatz-ID [Basis][1]				X	
3*	Datensatz-ID (GUID) [Basis][2]				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**	Status des Leistungserbringers	X			X	
10**	Art der Leistungserbringung	X			X	
11*	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	

[1] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[2] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
12***	entlassender Standort 6-stellig[4]	X	X	X	X	
13*	GKV-Versichertenstatus[5]	X			X	
14****	Titel				X	
15****	Vorsatzwort				X	
16****	Namenszusatz				X	
17****	Nachname				X	
18****	Vorname				X	
19****	Adresszusatz				X	
20****	Straße und Hausnummer				X	
21****	Postleitzahl				X	
22****	Wohnort				X	
23****	Land				X	
24***	Institutionskennzeichen	X			X	
25***	behandelnder Standort 6-stellig[6]	X	X	X		
26***	Betriebsstättennummer ambulant	X	X			
27***	Nebenbetriebsstättennummer	X	X			
28*	Geschlecht	X			X	
29*	Aufnahmedatum (stationär)	X				

[4] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der 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.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort beziehungsweise verbringender Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
30*	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X	
31*	Datensatz-ID [Prozedur][7]				X	
32*	Datensatz-ID (GUID) [Prozedur][8]				X	
33*	Versionsnummer [Prozedur]				X	
34*	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) beziehungsweise innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?				X	
35*	Datum der Prozedur	X			X	
36*	Quartal der Operation[9]	X			X	
37*	Art der Prozedur				X	
38*	Gebührenordnungsposition (GOP)	X			X	
39*	Dringlichkeit der Prozedur				X	
40*	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Koronarangiographie]				X	

[7] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[8] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentifi-kation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Basis-aus-wer-tung	Techni-sche und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-forma-tion
41*	Datensatz-ID [Koronarangio-graphie][10]				X	
42*	Datensatz-ID (GUID) [Koro-narangiographie][11]				X	
43*	Versionsnummer [Korona-rangiographie]				X	
44*	Wert des eindeutigen Bo-genfeldes des Mutterteilda-tensatzes [Koronarangiogra-phie]				X	
45*	Wievielte diagnostische Ko-ronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (statio-när) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambu-lant)?				X	
46*	Operationen- und Prozedu-renschlüssel[12] [Koronarangi-ographie]	X			X	
47*	Registriernummer des Do-kumentationssystems (Län-derkode + Registrierkode) [PCI]				X	

[10] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[11] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
48*	Datensatz-ID [PCI][13]				X	
49*	Datensatz-ID (GUID) [PCI][14]				X	
50*	Versionsnummer [PCI]				X	
51*	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [PCI]				X	
52*	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) beziehungsweise innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?				X	
53*	Operationen- und Prozedurenschlüssel[15] [PCI]	X			X	
54*	Patient verstorben	X				
55*	Entlassungsdatum	X				

* 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 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 Bundesauswertestelle erhält diese Angabe nur pseudonymisiert. Die Angabe wird

[13] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[14] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

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

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 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.

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

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

a) Chirurgie/Allgemeinchirurgie
b) Gefäßchirurgie
c) Viszeralchirurgie
d) Orthopädie/Unfallchirurgie
e) Plastische Chirurgie
f) Gynäkologie und Geburtshilfe
g) Urologie
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) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS WI“ genannt.

(5) [1]Das Verfahren hat insbesondere folgende Ziele:

a) Reduktion nosokomialer postoperativer Wundinfektionen

b) Verbesserung des Hygiene- und Infektionsmanagements

c) Beitrag zur Vermeidung nosokomialer Infektionen.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) [1]Unter nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden stationär behandelte Wundinfektionen verstanden, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Eingriff ohne Implantat bzw. innerhalb von 90 Tagen nach einem Eingriff mit Implantat auftreten. [2]Die 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 dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]Zur 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) [1]Die Wundinfektionsraten für Operationen nach § 1 Absatz 1 und 2 werden mit Hilfe der nachfolgend definierten Daten berechnet.

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

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

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

(2) [1]Die 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. [2]In einer Qualitätssicherungs-Dokumentation werden einmal jährlich einrichtungsbezogene Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 3 der Richtlinie der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (Anlage II Buchstabe d und e) getrennt nach stationären oder ambulanten Leistungen erfasst.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Eingriff stattfand, 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) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und

b) den Krankenkassen.

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

(2) [1]Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a

SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen. [5]Die 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.

§ 6 Datenflussverfahren

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

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

(2) [1]Die 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. [2]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kann die Kassenärztlichen Vereinigungen hierbei (durch das Angebot einer Anwendung zur Datenerfassung und -übermittlung) unterstützen. [3]Das Verfahren nach Teil 1 § 13 Absatz 3 Satz 6 der Richtlinie kommt für die Einrichtungsbefragung des Verfahrens QS WI nicht zur Anwendung. [4]Sofern nach Teil 1 § 22 der Richtlinie eine Finanzierung für die Aufgaben der Datenannahme durch die Datenannahmestelle vorgesehen ist, dürfen diese Finanzmittel nicht für die Finanzierung der Aufwände für die Bereitstellung und den Betrieb der Anwendungen nach Satz 1 verwendet werden.

§ 7 Datenprüfung

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

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

[1]Abweichend von Teil 1 § 14a der Richtlinie werden die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche der Indikatoren der **Anlage I Buchstaben a und 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. [2]Sie 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) [1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten einer fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation bei stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (Anlage II Buchstabe c)

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen (Anlage II Buchstabe a und b)

c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für stationär operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe d)

d) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für ambulant operierende Einrichtungen (Anlage II Buchstabe e).

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

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

a) Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des 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) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten

a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,

b) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie

c) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patientinnen und Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,

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

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

a) die Vollzähligkeit 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 (einschließlich Listen zu auffälligen Tracer-Operationen (ATR-Listen) mit Informationen zur Fallidentifikation) 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) Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (statistische Basisprüfung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie).

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a**, **b und c** und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

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

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

(2) 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

f) eine Auflistung der Vorgangsnummern / ATR-Listen nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) Ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 der Richtlinie ist in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Absatz 2 nicht fristgerecht übermittelt wurden.

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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 (Krankenhaus/Belegarzt)

b) zwei ambulant operierenden Ärztinnen und Ärzten aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete (Krankenhaus/Vertragsarzt)

c) einer fachärztlichen Vertreterin oder einem fachärztlichen Vertreter der Krankenkassen aus einem der in § 1 Absatz 2 genannten Fachgebiete

d) einer Pflegekraft aus dem OP-Bereich des Krankenhauses

e) bis zu zwei Personen aus dem Krankenhausbereich oder dem vertragsärztlichen Bereich mit einer der folgenden Qualifikationen:

  - Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin
  - Fachärztin/Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
  - Fachärztin/Facharzt mit Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene
  - Pflegefachkraft mit Weiterbildung zur Hygienefachkraft/Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter mit Fortbildung Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter
  - Fachärztin/Facharzt mit curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene.

[2]Ergänzend für die Beratungen können als Vertreterinnen oder Vertreter eine Kodierexpertin oder ein Kodierexperte für operative Fachgebiete hinzugezogen werden. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]Alle 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 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

(3) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten nach § 3 Ab-

satz 2 an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt werden. [3]Dem schließt sich eine Korrekturfrist bis zum 15. März an. [4]Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich bis zum 15. März und bei Korrekturbedarf bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter, sodass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle einrichtungsbezogenen Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [5]Die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie einschließlich der Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie für die einrichtungsbezogene Dokumentation ist von Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für SV-Leistungen spätestens bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [6]Alle 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 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres. [3]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die Landesarbeitsgemeinschaft berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

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

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Wundinfektionsindikatoren nach

Nicht-Implantat-Operationen (30-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres, sowie Wundinfektionsraten nach Implantat-Operationen (90-Tage-Follow-up) des Vorvorjahres, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Für die Dauer des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Begleitende Erprobung

(1) [1]Für einen Zeitraum von zehn Jahren bis zum 31. Dezember 2026 wird das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren QS WI begleitend erprobt. [2]Die Erprobung ist notwendig, um die Methoden des Verfahrens insbesondere hinsichtlich der Datenzusammenführung, der Bewertung der Auffälligkeiten und der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens zu optimieren.

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

a) Funktionalität und Praktikabilität der Datenerhebung und Datenzusammenführung aus den beiden Datenquellen Sozialdaten bei den Krankenkassen und einzelfallbezogene Dokumentation in den Krankenhäusern sowie die Überprüfung der Datenlieferfristen für Sozialdaten bei den Krankenkassen und der Termine für die Zwischen- und Rückmeldeberichte

b) Funktionalität und Praktikabilität der Auslösung der einrichtungsbezogenen Datenerfassung

c) Zuordnung der Dokumentationsverpflichtung (z. B. 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) [1]Für den Zeitraum der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie festgelegt. [2]Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 1 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie empfohlen werden. [3]Das Stellungnahmeverfahren soll vorrangig der begleitenden Erprobung nach Absatz 2 dienen und selbst Gegenstand der Erprobung sein.

(5) Die Bewertungen der Fachkommissionen im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 12 dienen vorrangig der Überprüfung der in Absatz 2 genannten Ziele.

§ 20 Sonderregelung für Datenübermittlungsfristen für das Erfassungsjahr 2025

Abweichend von § 16 Absatz 1 Satz 1 übermitteln die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation der Quartale 2 bis 4 des Erfassungsjahres 2025 ausschließlich im Zeitraum vom 1. Februar 2026 bis zum 28. Februar 2026 an die für sie zuständige Datenannahmestelle.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS WI)

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

Indikatorenliste

1	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung
ID	1000
Beschreibung	Der Indikator setzt sich aus zehn Kennzahlen • „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe", • „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie", • „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", • „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“, • „Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion", • „Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung" zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements ambulant operierender Einrichtungen beziehen.
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator

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

Indikatorenliste

1	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung
ID	2000
Beschreibung	Der Indikator setzt sich aus zehn Kennzahlen • „Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe", • „Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie", • „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", • „Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention“, • „Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion", • „Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung" zusammen, die sich auf unterschiedliche Aspekte des Hygiene- und Infektionsmanagements stationär operierender Einrichtungen beziehen.
Qualitätsziel	Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen.
Indikatortyp	Prozessindikator

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

Indikatorenliste

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	1500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.

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

Kennzahlenliste

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	1502
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	332400
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramnegativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unempfindlich sind (4MRGN) nach ambulanten Tracer-Eingriffen ohne Implantat.
Qualitätsziel	Die Anzahl an nosokomialen postoperativen Wundinfektionen soll gering sein.
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)

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

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

Indikatorenliste

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))
ID	2500
Beschreibung	Der Indikator erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.

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

Kennzahlenliste

1	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)
ID	2504
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst stationär diagnostizierte nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Tracer-Eingriffen ohne Implantat.

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

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnose einer tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfektion verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringe Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS WI)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
§ 301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Daten-satzes[1]				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[2]				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[3]			X	X	
4	IK der behandelnden Einrich-tung	X	X	X		
5	Standortnummer der entlas-senden Einrichtung				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.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	X		X		
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)		X	X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	X	X	X		
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)		X	X		
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
11	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	X	X	X		
13	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
14	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
15	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft					
17	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
19	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	X	X	X		
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles		X	X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[4]		X	X		
§ 301 (AMBO)						

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
23	Angabe der Quelle des Datensatzes[5]				X	
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[6]				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[7]			X	X	
26	IK der behandelnden Einrichtung	X		X		
27	Tag des Zugangs	X		X		
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
29	Seitenlokalisation der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose		X	X		
31	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	X	X	X		

[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.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
32	Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose		X	X		
34	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation[8]	X		X		
35	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	X		X		
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	X	X	X		
37	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
38	Datum der Prozedur	X	X			
§ 295 (kollektivvertraglich)						
39	Angabe der Quelle des Datensatzes[9]				X	
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[10]				X	
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[11]			X	X	

[8] Die Entgeltart wird nur dann exportiert, wenn es sich um eine EBM-Ziffer handelt.
[9] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[10] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[11] Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
42	BSNR des Sitzes des behan-delnden Arztes	X		X		
43	Behandlungsart			X		
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X	X			
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach ak-tuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	X	X	X		
48	Seitenlokalisation der Diag-nose (L, R, B)	X	X	X		
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)		X	X		
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	X		X		
51	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. bezie-hen!	X	X	X		
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbrin-gung (falls ungleich BSNR)	X	X			

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
53	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[12]				X	
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR[13]			X	X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
56	Seitenlokalisation der durchgeführten OP	X	X	X		
§ 295 (selektivvertraglich)						
57	Angabe der Quelle des Datensatzes[14]				X	
58	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	X		X		
59	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	X		X		
60	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[15]				X	
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[16]			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.
[15] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[16] Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
62	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
63	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[17]				X	
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[18]			X	X	
65	BSNR der Praxis	X		X		
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	X	X	X		
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	X		X		
68	Seitenlokalisation der durchgeführten OP	X	X	X		
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	X	X	X		
70	Sicherheit der Diagnose		X	X		
71	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
§ 284 (Stammdaten)						
72	Geschlecht des Versicherten	X		X		

[17] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[18] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
73	Geburtsjahr des Versicherten	X		X		
74	Sterbedatum des Versicherten		X	X		
75	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[19]				X	
76	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal			X	X	
Administrative Daten						
77	IKNR der Krankenkasse	X			X	
78	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei				X	
79	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung				X	
80	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[20]				X	

[19] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[20] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
§ 301 (Krankenhäuser)						
1	Angabe der Quelle des Da-tensatzes[1]				X	
2	Art der Identifikationsnum-mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[2]				X	
3	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[3]			X	X	
4	IK der behandelnden Ein-richtung	X	X	X		
5	Standortnummer der entlas-senden Einrichtung				X	
6	Erster Aufnahmetag des Fal-les, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	X		X		
7	Aufnahmegrund nach 4-stel-ligem Schlüssel (Voll-/teil-stationäre Behandlung, Ent-bindung etc.)		X	X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versi-cherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine	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.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
	Verlegung in andere Abtei-lung derselben Einrichtung)					
9	Letzter (endgültiger) Entlas-sungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungs-ende, Verlegung, Tod etc.)		X	X		
10	Hauptdiagnose bei Entlas-sung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diag-nose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachab-teilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vor-handener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
11	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagno-sen werden immer gemein-sam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	X	X	X		
13	Seitenlokalisation der se-kundären Hauptdiagnose (L, R, B)	X	X	X		
14	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#',	X	X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	'!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern					
15	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	X	X	X		
17	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	X	X	X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	X	X	X		
19	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	X	X	X		
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	X	X	X		
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[4]			X		
§ 301 (AMBO)						
23	Angabe der Quelle des Datensatzes[5]				X	
24	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[6]				X	
25	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[7]			X	X	
26	IK der behandelnden Einrichtung	X	X	X		
27	Tag des Zugangs	X		X		
28	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	X	X	X		
29	Seitenlokalisation der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	X	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.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
30	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose			X		
31	Liste der Sekundär-Diagno-sen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemein-sam mit zugehöriger Primär-diagnose zu liefern	X	X	X		
32	Seitenlokalisation der Se-kundär-Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
33	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose		X	X		
34	Liste der Gebührenord-nungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation[8]	X		X		
35	Datum der Leistung (OP/Be-handlung); falls nicht ange-geben, ZUGANGSDATUM eintragen	X		X		
36	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchge-führten Leistung)	X	X	X		
37	Seitenlokalisation der Proze-dur (L, R, B)	X	X	X		
38	Datum der Prozedur	X	X		X	
§ 295 (kollektivvertraglich)						
39	Angabe der Quelle des Da-tensatzes[9]				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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
40	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[10]				X	
41	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[11]			X	X	
42	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	X		X		
43	Behandlungsart		X	X		
44	Fachgruppe des behandelnden Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	X		X		
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	X	X	X		
48	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
49	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)		X	X		
50	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	X		X		

[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.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
51	Datum der GO-Nr. ACH-TUNG: Falls nicht gefüllt, Da-tum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	X	X	X		
52	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungser-bringung (falls ungleich BSNR)	X	X			
53	Art der Identifikationsnum-mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[12]				X	
54	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR[13]			X	X	
55	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchge-führten Leistung	X	X	X		
56	Seitenlokalisation der durch-geführten OP	X	X	X		
§ 295 (selektivvertraglich)						
57	Angabe der Quelle des Da-tensatzes[14]				X	
58	Erster Tag des Abrechnungs-zeitraums	X		X		
59	Letzter Tag des Abrech-nungszeitraums	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.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
60	Art der Identifikationsnum-mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[15]				X	
61	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[16]			X	X	
62	Fachgruppe des behandeln-den Arztes aus 8. und 9. Stelle der LANR	X				
63	Art der Identifikationsnum-mer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[17]				X	
64	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[18]			X	X	
65	BSNR der Praxis	X				
66	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	X				
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	X		X		
68	Seitenlokalisation der durch-geführten OP	X	X	X		

[15] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. 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-Pseudony-misierung benötigt.
[17] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung er-forderlich.
[18] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudony-misierung benötigt.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
69	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	X	X	X		
70	Sicherheit der Diagnose		X	X		
71	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	X	X	X		
§ 284 (Stammdaten)						
72	Geschlecht des Versicherten	X		X		
73	Geburtsjahr des Versicherten	X		X		
74	Sterbedatum des Versicherten		X			
75	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	X				
76	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]				X	
77	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal			X	X	
Administrative Daten						
78	IKNR der Krankenkasse	X			X	
79	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes				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	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
	(Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei					
80	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung				X	
81	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[20]				X	

[20] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
1	Registriernummer des Do-kumentationssystems (Län-derkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensat-zes (inkl. aller Teildaten-sätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsab-schlussdatum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

2 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
9	Ersatzfeld Institutionskenn-zeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig[6]				X	
14	Aufnahmedatum Kranken-haus	X		X		X
15	Quartal des Aufnahmet-ages[7]	X		X	X	
16	Patientenalter am Aufnah-metag in Jahren[8]	X	X	X	X	
17	Geburtsjahr[9]	X		X		X
18	Geschlecht	X		X		X
19	auslösende ICD-Kodes[10]	X	X	X		X

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
5 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ 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	5
		Daten für die Falli-dentif-ikation	Daten-felder für die Indika-tor- oder Kenn-zahlbe-rech-nung	Daten-felder für die Ba-sisausw ertung	Tech-nische und an-wen-dungs-bezo-gene Gründe	Follow-up-In-for-mation
20	auslösende OPS-Kodes[11]	X	X	X		X
21	Liegt oder lag während des stationären Aufenthaltes mindestens eine postopera-tive Wundinfektion vor?	X	X	X	X	X
22	Datum der Diagnosestellung der postoperativen Wundin-fektion	X	X	X		X
23	Wundinfektionstiefe		X	X		X
24	Wurde im Zusammenhang mit der Diagnose oder der Behandlung eine mikrobio-logische Diagnostik durchge-führt (analog den KISS-Defi-nitionen)?			X		X
25	Entlassungsdatum Kranken-haus	X		X		X
26	Quartal des Entlas-sungstages[12]	X			X	X
27	Wochentag 1 - 7[13]			X		
28	Verweildauer im Kranken-haus in Tagen[14]	X		X	X	

[11] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.
[12] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der 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] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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 (Länderkode + Registrierkode)			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	Institutionskennzeichen	X		X
10	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe 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 anwendungsbezogene Gründe
11	Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
12	Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
13	Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
14	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktua-		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	lisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]			
15	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 Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
16	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
17	Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprophylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe 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 anwendungsbezogene Gründe
18	Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der stationären Versorgung]		X	
19	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	X
20	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
21	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]			
22	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung]		X	
23	Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]			X
24	Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
25	Wurde dazu eine Schere genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
26	Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	
27	Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? [Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
28	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
29	Übernahmen im Jahr ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
30	Lag im Jahr 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	X
31	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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
32	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	
33	Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
34	Wurden die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
35	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	
36	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
37	Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
38	Siegelnahtgerät nicht vorhanden [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	X
39	Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
40	Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
41	Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignis-		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	bezogene 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]			
42	Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
43	Galt im gesamten Jahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
44	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
45	Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
46	Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
47	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
48	Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
49	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
50	Galt im Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30.06. eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	X
51	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
52	Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
53	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 anwendungsbezogene Gründe
54	Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
55	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	
56	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	
57	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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
58	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
59	Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
60	Wie viele Ärzte haben im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	
61	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
62	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 anwendungsbezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]			
63	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
64	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
65	Wie viele Ärzte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
66	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Hygiene und Infektionsprävention]			
67	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
68	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
69	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [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
71	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 anwendungsbezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
72	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
73	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
74	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
75	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [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 anwendungsbezogene Gründe
76	Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
77	Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
78	Medizinische Fachangestellte 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 Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
80	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonal waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Hygiene und Infektionsprävention]			
81	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
82	Reinigungspersonal 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	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
85	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
86	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
87	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
88	Wie viele Mitarbeiter des Küchenpersonals waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
89	Wie viele Mitarbeiter des Küchenpersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
90	Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
91	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
92	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? [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]		X	
93	Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Be-		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	obachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
94	Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden durchgeführt, aber nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
95	Wie viele Normalstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
96	keine Normalstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
97	Auf wie vielen Normalstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
98	Wie viele IMC/Aufwachstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
99	keine IMC/Aufwachstation vorhanden [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X
100	Auf wie vielen IMC/Aufwachstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
101	Wie viele Intensivstationen waren am 31.12. im Krankenhaus vorhanden? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
102	keine Intensivstation vorhanden		X	X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]			
103	Auf wie vielen Intensivstationen wurden Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
104	Wie viele Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion wurden auf den angegebenen Normalstationen, IMC/Aufwachstationen und Intensivstationen, im Jahr durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	
105	Wie viele Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) wurden auf den angegebenen Normalstationen, IMC/Aufwachstationen und Intensivstationen, im Jahr durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	der stationären Versorgung]			
106	Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst. [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung]		X	X

e) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation – Hygiene- und Infektionsmanagement (ambulantes 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 (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	Status des Leistungserbringers	X		X
10	Grundlage der Leistungserbringung	X		X
11	Institutionskennzeichen	X		X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
12	Betriebsstättennummer	X	X	X
13	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe, die spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	X
14	Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe 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 Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
16	Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
17	Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
18	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und gegebenenfalls eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
19	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	
20	Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprophylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft? [Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]		X	X
21	Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der ambulanten Versorgung]			
22	Galt im Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie, die spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	X
23	Konnte jeder Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
24	Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und gegebenenfalls eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	
25	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der ambulanten Versorgung]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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 im Jahr ausschließlich Einmalsterilgut verwendet, das nicht wiederaufbereitet wird? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			X
32	Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? [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 anwendungsbezogene Gründe
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		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	(RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
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	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
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? Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt. [Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]		X	
46	Wurden 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?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien]			
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 Jahr eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes, die spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [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? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]		X	
54	Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? [Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes]			
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 Jahr ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel, der spätestens bis zum 30. Juni eingeführt wurde? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	X
58	Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls 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? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	(Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe) [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
60	Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
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 gegebenenfalls eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]			
65	Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? [Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel]		X	
66	Wie viele Ärzte waren ganzjährig in der Patientenversorgung tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie] [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
67	Wie viele Ärzte haben im Jahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	
68	Ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie]		X	X
69	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [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 anwendungsbezogene Gründe
70	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
71	Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
72	Wie viele Ärzte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
73	Ärztliches Personal 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	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals waren im Jahr ganzjährig in der Patientenversorgung tätig?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
76	Wie viele Mitarbeiter des Pflegepersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
77	Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
78	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
79	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
80	Wie viele Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen?		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	[Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]			
81	Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
82	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
83	Wie viele Medizinische Fachangestellte waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
84	Wie viele Medizinische Fachangestellte haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
85	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 anwendungsbezogene Gründe
86	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
87	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
88	Wie viele Mitarbeiter des Reinigungspersonals haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
89	Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
90	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
91	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) waren im Jahr ganzjährig tätig? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
92	Wie viele Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) haben im Jahr an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen? [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	
93	Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
94	Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben [Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention]		X	X
95	Wurde 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? - Informationen zu MRSA im Allgemeinen - Risiken der MRSA-Besiedlung/Infektion für Kontaktpersonen - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate - Barrieremaßnahmen während des Aufenthalts in der behandeln-		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3
		Daten für die Einrichtungsidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Technische und anwendungsbezogene Gründe
	den Einrichtung [Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion]			
96	Wurden bei den Mitarbeitern Compliance-Beobachtungen hinsichtlich der hygienischen Händedesinfektion durchgeführt? [Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der ambulanten Versorgung]		X	

Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

(3) [1]Das 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. [2]Die entsprechenden Indikatoren sind in Anlage I aufgeführt. [3]Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

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

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

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

(4) [1]Das Verfahren zur Bewertung der Cholezystektomien wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

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

etwaiger Veränderungen in der Durchführung 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

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

a) den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

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

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

a) Auswertungen zu Indikatoren mit 30-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vorjahres

b) Auswertungen zu Indikatoren mit 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 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

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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die Fachkommissionen bestehen aus drei Vertreterinnen oder Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Allgemein- oder Viszeralchirurgie. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf Indexeingriffe des Vor-Vorjahres beziehen. [3]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr mit 30-Tage Follow-up-Zeitraum und Auswertungen zu Indikatoren mit 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexeingriffe des Vor-Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatorenliste (QS CHE)

1	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen
ID	58000
Beschreibung	Der Indikator erfasst operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenige operationsbedingte Gallenwegskomplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen
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 oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen
ID	58002
Beschreibung	Der Indikator erfasst eingriffsspezifische Infektionen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenig eingriffsspezifische Infektionen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen
ID	58003
Beschreibung	Dieser Indikator erfasst interventionsbedürftige Blutungen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 30 Tagen nach Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenig postoperative interventionsbedürftige Blutungen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

5	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen
ID	58001
Beschreibung	Der Indikator beschreibt Reinterventionen aufgrund von postoperativen Komplikationen bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach einer Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Reinterventionen aufgrund von Komplikationen bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres
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 oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen
ID	58006
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle bei Cholezystektomie oder innerhalb von 90 Tagen nach Cholezystektomie.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle bei oder nach Cholezystektomie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CHE)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
14	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
15	Fachabteilung	X		X		
16	Geburtsjahr[8]	X		X		
17	Geschlecht	X		X		
18	Körpergröße		X	X		
19	Körpergröße unbekannt		X	X		
20	Körpergewicht		X	X		
21	Körpergewicht unbekannt		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
22	Quartal des Aufnahmetages[9]	X		X	X	
23	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[10]		X	X	X	
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
25	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[11]	X			X	
26	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[12]	X			X	
27	Versionsnummer				X	
28	Wievielte Prozedur?				X	
29	Prozedur während des stationären Aufenthaltes[13]	X	X	X	X	

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

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

[11] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[12] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
30	Datum der Prozedur während des stationären Aufenthaltes	X	X			
31	Transfusion/Transfusionen aufgrund eines cholezystektomiebedingten Blutverlustes?		X	X		
32	Diagnose(n)[14]	X	X	X	X	
33	Bestand die Streptokokkensepsis vor der Cholezystektomie?		X	X		
34	Bestand die sonstige Sepsis vor der Cholezystektomie?		X	X		
35	Bestand die akute Blutungsanämie vor der Cholezystektomie?		X	X		
36	Bestand die akute Peritonitis vor der Cholezystektomie?		X	X		
37	Bestand die sonstige oder n.n.bez. Peritonitis vor der Cholezystektomie?		X	X		
38	Bestand der Leberabszess vor der Cholezystektomie?		X	X		
39	Bestand die Perforation des Gallengangs vor der Cholezystektomie?		X	X		
40	Bestand die Fistel des Gallengangs vor der Cholezystektomie?		X	X		

[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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
42	Quartal des Entlassungstages[15]	X		X	X	
43	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[16]	X		X	X	
44	Entlassungsgrund		X	X		
45	nicht spezifizierter Entlassungsgrund		X	X		

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

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

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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
§ 301 (Krankenhäuser)							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes[1]	source(301)@q uelle				X	
2	Art der Identifikationsnum mer des Leistungserbringers (IKNR)[2]	cp_type(301.En tlassungsanzeig e.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.E ntlassungsanzei ge.FKT.IK des Absenders)@bu ndesland			X	X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.FKT.IK des Absenders@nu mmer	X	X			
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.STA.Sta ndortnummer @stdnummer				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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmes atz.AUF.Aufnah metag@aufnda tum	X	X			X
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmes atz.AUF.Aufnah megrund@aufn grund			X		
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungs anzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verl egung@entldat um	X				X
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungs anzeige.ETL.Entl assungs-/Verlegungsgru nd@entlgrund		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
11	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisation			X		
12	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
13	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungs anzeige.ETL.Sek undär-Diagnose.Lokali sation@lokalisa tion_sek			X		
14	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevan te Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungs anzeige.NDG.Ne bendiagnose.Di agnoseschlüssel @icd	X	X	X		X
15	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungs anzeige.NDG.Ne bendiagnose.Lo kalisation@loka lisation			X		

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
16	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft	301.Entlassungs anzeige.NDG.Se kundär-Diagnose.Diagn oseschlüssel@ic d_sek	X	X	X		X
17	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungs anzeige.NDG.Se kundär-Diagnose.Lokali sation@lokalisa tion_sek			X		
18	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungs anzeige.FAB.Op eration.Prozedu renschlüssel@o ps	X	X	X		X
19	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungs anzeige.FAB.Op eration.Lokalisa tion@lokalisatio n			X		

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
20	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungs anzeige.FAB.Op erationstag@da tum	X	X			X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungs anzeige.ETL.Fac habteilung@fac habteilung			X		
22	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[4]	inpatient_interr upt(301.Entlass ungsanzeige.ET L.Entlassungs-/Verlegungsgru nd)@khunterbr echung			X		
§ 284 (Stammdaten)							
23	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschl echt	X		X		X
24	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjah r	X		X		X
25	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbe datum		X			X
26	Versichertennumme r (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X

[4] 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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfel der für die Indikator - oder Kennzahl berechnu ng	Daten felder für die Basisa uswer tung	Technische und anwendung sbezogene Gründe	Follow-up-Informa tion
27	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[5]	Stamm@versich erungsdatum		X		X	
28	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versich erungsstatus			X	X	
Administrative Daten							
29	IKNR der Krankenkasse[6]	Admin@kasseik nr	X			X	
30	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(A dmin)@lfdnr				X	
31	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versich ertenzahl				X	
32	Pseudonymisierte Dienstleisterkennun g[7]	Admin@dienstl eister				X	

[5] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[6] Die IKNR der Krankenkasse wird durch die Datenannahmestelle der Krankenkassen pseudonymisiert. Die Bundesauswertestelle erhält keine IKNR der Krankenkasse, sondern ein Pseudonym.
7 Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

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

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

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

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

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

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

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

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

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

§ 2 Eckpunkte

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

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

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

(4) [1]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. [2]Die 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) [1]Um eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung der Indexbehandlungen zu erreichen, erfolgt mindestens einmal jährlich eine gemeinsame Bewertung der Ergebnisse und durchgeführten Maßnahmen von Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren. [2]Um dies zu erreichen, werden die Fachkommissionen auf Bundes- und Landesebene interdisziplinär mit Nephrologen und Transplantationschirurgen besetzt. [3]Es wird darüber hinaus ein sektorenübergreifendes Expertengremium auf Bundesebene mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachkommissionen von Bundes- und Landesebene gebildet (siehe § 15).

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

(8) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]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.

(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

[1]Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 und 2 der Richtlinie erbringen. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies

ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten und die Erfassung der Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aussagekräftig erfolgen.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

(1) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 12 Jahre nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem die zugehörige Indexbehandlung stattfand, 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) [1]Für das Verfahren werden

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

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

(2) [1]Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie zur Anwendung einheitlicher Regeln für die Datenbereitstellung durch die Krankenkassen erarbeitet das Institut nach § 137a SGB V, auf Grundlage der themenspezifischen Bestimmungen und der Daten gemäß Absatz 1, Vorgaben für die anzuwendenden elektronischen Datensatzformate sowie Softwarespezifikationen. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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) [1]Bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten werden bei Vorliegen einer Einwilligung nach den Vorgaben des Artikel 7 in Verbindung mit Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung) in der jeweils geltenden Fassung als patientenidentifizierende Daten für Zwecke nach dieser Richtlinie gemäß Anlage II Buchstaben c und d (QS-Dokumentation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation einschließlich Follow-up) die Eurotransplant- (ET)Nummern verarbeitet. [2]Das Krankenhaus ist verpflichtet, nicht gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit Nieren- und Pankreastransplantation über die Möglichkeit der Teilnahme am QS-Verfahren unter Verwendung

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

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

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

§ 6 Datenflussverfahren

Die Daten werden nach den Vorgaben in Teil 1 § 13 der Richtlinie sowie in der Anlage zu Teil 1 §§ 1 bis 6 der Richtlinie 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 ebenfalls in der Anlage I aufgeführten 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

[1]Auf 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. [2]Bei Krankenhäusern werden die Auswertungen und Berichte dem behandelnden Standort zugeordnet. [3]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [4]Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

a) Auswertungen zu Indikatoren aus QS-Dokumentation des Vorjahres

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

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten

a) nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,

b) für ihre kollektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie

c) für ihre selektivvertraglichen Leistungen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,

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

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

a) die 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 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

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

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II** 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) [1]Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Dialysen und bundesbezogene Auswertungen für Nieren- und Pankreastransplan-

tationen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 Kennzahlergebnisse 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

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

(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]Bei 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. [2]Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 der Richtlinie sind daher nur bei Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität anzuwenden. [3]Das Verfahren der Aufklärung von Auffälligkeiten und Einleitungen von QS-Maßnahmen wird für diese Fälle durch den G-BA innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Datenerhebung festgelegt.

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen auf Landesebene

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

§ 14a Bundesfachkommission

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

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

(2) [1]Das Expertengremium umfasst mindestens fünf Vertreterinnen und Vertreter aus den Fachkommissionen nach § 14 und mindestens fünf Vertreterinnen und Vertreter aus der Bundesfachkommission nach § 14a. [2]Auf eine diesbezüglich ausgewogene Zusammensetzung des

Gremiums ist zu achten. [3]Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]Alle 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 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(1a) [1]Die Fristen nach Absatz 1 gelten nicht für die Verarbeitung von Daten zum Zweck der Korrektur der nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 Transplantationsgesetz an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten. [2]Die sich aus dem Transplantationsgesetz und der Verfahrensordnung nach § 15 e Absatz 4 Satz 1 Transplantationsgesetz für Krankenhäuser ergebenden Pflichten und Fristen zur Übermittlung transplantationsmedizinischer Daten an die Transplantationsregisterstelle bleiben hiervon unberührt.[3]Im Übrigen gelten für die Verarbeitung der Daten nach Satz 1 die themenspezifischen Vorgaben in § 5 Absatz 5 sowie die Vorgaben in Teil 1 § 13 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 und 4 und in der Anlage zu Teil 1 § 1, § 2 Absatz 1, 2 und 4, § 3, § 4, § 5 Absatz 1 und 2 und § 6 der Richtlinie entsprechend. [4]Anlage zu Teil 1 § 6 der Richtlinie kommt für Daten nach Satz 1 nur dann zur Anwendung, wenn diese vor Ablauf der Korrekturfrist nach Absatz 1 Satz 3 an die Datenannahmestelle übermittelt worden sind oder wenn es sich um Daten handelt, die die Validität der Qualitätssicherungsergebnisse des Folgejahres sicherstellen.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vor-Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff des Vor-Vor-Vorjahres beziehen. [3]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September

(Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

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

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Für die Erfassungsjahre bis 2026 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

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

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS NET)

a) Dialyse

Indikatorenliste

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

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Dialysefrequenz pro Woche
ID	572005
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Indikatortyp	Prozessindikator
6	Dialysedauer pro Woche
ID	572006
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen
ID	572009
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer gefäßzugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen
ID	572010

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

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

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die nicht innerhalb von 180 Tagen mit einem arteriovenösen Shunt (Fistel oder Gefäßprothese) versorgt worden sind
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren mit chronischer Niereninsuffizienz, die im Beobachtungszeitraum überwiegend über einen Katheter dialysiert wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die über einen Katheter dialysiert werden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die häufig weniger als drei Dialysen wöchentlich erhalten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Hämodialyse-, Hämodiafiltrations- und Hämofiltrationspatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, deren mittlere effektive Dialysedauer weniger als 12 Stunden innerhalb einer Woche beträgt
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Ernährungsstatus
ID	572007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572054
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer Mangelernährung leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die unter Mangelernährung leiden
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Anämiemanagement
ID	572008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572055
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die im Beobachtungszeitraum unter einer anhaltenden Anämie leiden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit einer anhaltenden Anämie
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572056
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit Komplikationen, die am Zugang aufgetreten sind (Katheter, Fistel, Gefäßprothese) und die einer stationären Krankenhauseinweisung bedurften.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer gefäßzugangsassoziierten Komplikation stationär behandelt werden müssen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

12	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572057
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Peritonealdialysepatientinnen und –patienten unter 18 Jahren, die aufgrund einer am Peritonealdialysekatheter aufgetretenen Infektion in ein Krankenhaus eingewiesen wurden.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Peritonealdialysepatientinnen und -patienten, die aufgrund einer am PD-Katheter aufgetretenen Infektion stationär behandelt werden müssen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	1-Jahres-Überleben
ID	572011
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572058
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
15	2-Jahres-Überleben
ID	572012
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
16	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572059
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach Beginn der Dialyse leben

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
17	3-Jahres-Überleben
ID	572013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
18	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572060
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
19	5-Jahres-Überleben
ID	572014
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
20	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
ID	572061
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
21	10-Jahres-Überleben
ID	572015
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
22	10-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren

ID	572062
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil der Dialysepatientinnen und -patienten unter 18 Jahren, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zehn Jahre nach Beginn der Dialyse leben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Nierentransplantation

Indikatorenliste

1	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation
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
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
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
3	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572018
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die ein Jahr nach der Transplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572019
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die zwei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572020

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die drei Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentransplantation
ID	302300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
ID	572021
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach einer isolierten Nierentransplantation leben.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, die fünf Jahre nach der Nierentransplantation leben
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung
ID	572022
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer postmortalen Organspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung
ID	572023
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit sofortiger Funktionsaufnahme des Nierentransplantats nach einer Lebendorganspende.
Qualitätsziel	Möglichst viele Nierentransplantate mit einer sofortigen Funktionsaufnahme
Indikatortyp	Ergebnisindikator

10	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)
ID	572024
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere aus einer postmortalen Spende 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)
ID	572025
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere einer Lebendorganspenderin bzw. eines Lebendorganspenders 90 Tage nach Nierentransplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation
ID	572032
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb des ersten Jahres ein Transplantatversagen aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit Transplantatversagen nach einer Nierentransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation
ID	572026
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere ein Jahr nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

2	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572027
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere zwei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572028
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere drei Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation
ID	572029
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Funktion der transplantierten Niere fünf Jahre nach der Transplantation.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einer ausreichenden Transplantatfunktion
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572100
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb der ersten 90 Tage nach Nierentransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Die Zahl der Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigen Abstoßungen sollte weder zu hoch noch zu niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen
ID	572101

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

c) Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Indikatorenliste

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

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
7	Entfernung des Pankreastransplantats
ID	572047
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen das Pankreastransplantat entfernt wurde.
Qualitätsziel	Selten Entfernung des Pankreastransplantats erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

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

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS NET)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Dialyse

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Status des Leistungserbringers	X		X	X	
10	Art der Leistungserbringung	X		X	X	
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
12	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
13	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
14	Institutionskennzeichen	X			X	
15	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X		
16	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
17	Fachabteilung	X		X		
18	Betriebsstättennummer ambulant	X	X	X		
19	Aufnahmedatum Krankenhaus	X				

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der 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.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]		X	X	X	
21	Quartal des Aufnahmetages[9]	X			X	
22	Geburtsjahr[10]	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 Spezifikationsjahr erstmals dokumentationspflichtig?			X	X	
28	renale Grunderkrankung		X	X		
29	Hat sich an den Verlaufsdaten seit der letzten Dokumentation etwas geändert?				X	
30	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
31	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[11]	X			X	

[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[11] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unter-

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
32	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[12]	X			X	
33	Versionsnummer				X	
34	Wievielter Verlaufsdatensatz innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
35	Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über Behandlungsmöglichkeiten ohne Nierenersatztherapie angeboten?		X	X		
36	Hämodialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
37	Peritonealdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		

schiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[12] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
38	Heimdialyse: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
39	Nierentransplantation: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
40	Lebendorganspende: Wurde dem Patienten ein Informationsgespräch über diese Behandlungsmöglichkeit angeboten?		X	X		
41	Evaluation zur Transplantation durchgeführt		X	X	X	
42	Abstand von Beginn der Dialysetherapie und Abschluss der Evaluation zur Transplantation[13]		X	X		
43	Jahr des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation[14]				X	
44	Beratung in interdisziplinärer Transplantationskonferenz durchgeführt		X	X	X	

[13] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)“ und „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Abschlusses der Evaluation zur Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
45	Warum wurde der Patient nicht besprochen?		X	X		
46	Aufnahme auf die Warteliste		X	X		
47	Komorbiditäten		X	X	X	
48	koronare Herzkrankheit (KHK)		X	X		
49	Herzinsuffizienz		X	X		
50	periphere arterielle Verschlusskrankheit		X	X		
51	zerebrovaskuläre Erkrankungen		X	X		
52	arterielle Hypertonie		X	X		
53	Diabetes mellitus		X	X		
54	Besiedelung mit multiresistenten Keimen bekannt		X	X		
55	Virushepatitis		X	X		
56	HIV-Infektion		X	X		
57	Malignom		X	X		
58	periphere Polyneuropathie (PNP)		X	X		
59	Demenz		X	X		
60	Depression		X	X		
61	andere Erkrankungen, die die Dialysebehandlung beeinflussen		X	X	X	
62	vorangegangene Nierentransplantation		X	X	X	
63	Datum der letzten Nierentransplantation		X			

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
64	Datum der Nierentransplantation unbekannt				X	
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
66	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[15]	X			X	
67	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[16]	X			X	
68	Versionsnummer				X	
69	Wievielte Dialyse innerhalb dieses Behandlungsfalles?				X	
70	Organisationsform der Dialysebehandlung		X	X		
71	Dialyseverfahren		X	X	X	
72	Prozedurenschlüssel[17]	X				
73	Gebührenordnungsposition (GOP)[18]	X				

[15] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.
[16] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.
[17] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.
[18] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
74	Dialysedatum	X	X			
75	Patientenalter am Behandlungstag in Jahren (ambulant)[19]		X	X		
76	Quartal der Operation[20]	X			X	
77	Zugangsart		X	X		
78	effektive Dialysedauer		X	X		
79	Dialysezugangs-assoziierte Komplikation(en)		X	X	X	
80	mechanische Komplikation		X	X		
81	Infektion		X	X		
82	sonstige Komplikation		X	X		
83	Wurde eine Dialysebehandlung als Referenzdialyse in diesem Quartal durchgeführt?			X	X	
84	Datum der Referenzdialyse		X			
85	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse (unmittelbar nach der Dialyse)		X	X		
86	Körpergewicht zum Zeitpunkt der Referenzdialyse unbekannt		X		X	
87	Serumalbumin		X			
88	Serumalbumin unbekannt				X	
89	Hämoglobin		X			

[19] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Dialysedatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[20] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Dialysedatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
90	Hämoglobin unbekannt				X	
91	Ferritin		X			
92	Ferritin unbekannt				X	
93	Transferrin-Sättigung		X			
94	Transferrin-Sättigung unbekannt				X	
95	C-reaktives Protein ≥ 10 mg/l				X	
96	C-reaktives Protein		X			
97	wesentliches Ereignis im Behandlungsfall			X	X	
98	Entlassungsdatum Krankenhaus	X				
99	Quartal des Entlassungstages[21]	X		X	X	
100	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)[22]	X		X		
101	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
102	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[23]	X			X	

[21] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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.
[23] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
103	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[24]	X			X	
104	Versionsnummer				X	
105	Wievieltes wesentliches Ereignis im Behandlungsfall?				X	
106	Art wesentliches Ereignis		X	X	X	
107	Beginn wesentliches Ereignis		X	X		
108	Ende wesentliches Ereignis		X	X		
109	Ende wesentliches Ereignis (noch) unbekannt				X	
110	Ursache für die Beendigung der Dialysebehandlung			X	X	
111	Datum der Beendigung		X			

[24] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[1]	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Versichertennummer (El-	Stamm@V	X	X			

[1] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	ektronische Gesundheitskarte)						
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[2]	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der	source(301)@q				X	

[2] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Quelle des Datensatzes[3]	uelle					
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[4]	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[5]	State_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnum-				X	

[3] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[4] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[5] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		mer@stdnummer					
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		X
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X
18	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X	X			X
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund	301.Entlassungsan-		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	zeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund					
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[6]	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X	X		X
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Be-	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

[6] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	handlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7; immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern						
23	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		X
24	Liste der Neben-	301.Entlas-	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	diagnosen 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	sungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd					
25	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert,	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
26	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
27	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
28	Angabe der Quelle des Datensatzes[7]	source(295k)@quelle				X	
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	

[7] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	(IKNR/BSNR)[8]						
30	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[9]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
31	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X				
32	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X		
33	Behandlungsart	295k.INF.2.3.3@behandlungsart			X		
34	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			
35	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			
36	Liste der Diagnosen gemäß	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@ic	X	X	X		X

[8] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[9] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	d					
37	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
38	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
39	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	date_gop(295k.LED.5/5.3.2)@datum	X				X
§ 295 (selektivvertraglich)							
40	Angabe der Quelle des Datensatzes	source(295s)@quelle				X	
41	Art der Identifikationsnummer	cp_type(295s.Er				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	brachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art					
42	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
43	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
44	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[10]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art					
45	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[11]	state_key(295s. Erbrachte Leistungen/Einzelfallrechnung.IBL.3 / 3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland			X	X	
46	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
47	Art der Inanspruchnahme des niedergelassenen Arztes	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrech-	X			X	

[11] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		nung.INF.Zusatzinformationen.4/4.4.2 Art der Inanspruchnahme@inanspruchnahme					
48	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12 .2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				
49	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12 .2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
50	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		X
51	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
52	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[6]	X			X	
14	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[7]	X			X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der 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.

[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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vergleiche § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vergleiche § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[8]				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[9]				X	
18	Institutionskennzeichen	X			X	
19	entlassender Standort 6-stellig[10]	X	X	X		
20	behandelnder Standort 6-stellig[11]	X	X	X		
21	Fachabteilung	X		X		

Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
23	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[12]				X	
24	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[13]				X	
25	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	

[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[13] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
26	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[14]		X	X		
27	Quartal des Aufnahmetages[15]	X		X	X	
28	Geburtsjahr[16]	X	X	X	X	
29	Geschlecht	X	X	X		
30	Körpergröße		X	X		
31	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
32	renale Grunderkrankung		X	X		
33	Diabetes mellitus		X	X		
34	Dauer des Diabetes		X	X		
35	Dialysetherapie			X	X	
36	Beginn der Dialysetherapie (Datum der Erstdialyse)		X	X		
37	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X		
38	Blutgruppe des Empfängers		X	X		
39	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
40	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[17]	X			X	

[14] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[17] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangs-

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
41	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[18]	X			X	
42	Versionsnummer				X	
43	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?				X	
44	durchgeführte Transplantation		X	X	X	
45	Einzel- oder Doppeltransplantation			X	X	
46	Retransplantation Niere		X	X	X	
47	Wievielte Nierentransplantation?		X	X		
48	Datum der letzten Nierentransplantation	X				
49	Spendertyp		X		X	
50	Spenderalter		X	X		
51	Geschlecht des Spenders		X	X		
52	Blutgruppe des Spenders		X	X		
53	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X		
54	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X		

nummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
55	Todesursache		X	X		
56	OP-Datum	X	X			
57	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[19]	X	X	X		
58	Monat der Operation[20]	X	X			
59	Operation[21]	X		X		
60	Einsatz eines Perfusionssystems		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 in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
70	Blutung		X	X		
71	Reoperation erforderlich		X	X		
72	sonstige Komplikationen		X	X		
73	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich		X	X		
74	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats		X	X		
75	behandlungsbedürftige Abstoßung		X	X	X	
76	Abstoßung durch Biopsie gesichert		X	X		
77	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
78	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
79	Patient bei Entlassung insulinfrei?		X	X		
80	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
81	Quartal des Entlassungstages[22]	X			X	
82	Entlassungsdiagnose(n)[23]	X	X	X		
83	Entlassungsgrund	X	X		X	
84	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X		X	
85	Todesursache		X	X		

[22] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[23] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[6]			X		
14	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[7]				X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vergleiche § 5 Absatz 5 und § 7 Absatz 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
15	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[8]				X	
16	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[9]				X	
17	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[10]				X	
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[11]	X	X		X	

[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vergleiche § 5 Absatz 4). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
19	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
20	Institutionskennzeichen	X			X	
21	Fachabteilung	X		X		
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
23	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
24	Geburtsjahr[12]	X	X	X	X	
25	Geschlecht	X	X	X		
26	durchgeführte Transplantation			X	X	

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
29	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen[13]	X	X			
30	Monat des Follow-up Erhebungsdatum[14]	X			X	
31	Follow-up-Zeitpunkt nach Transplantation				X	
32	Art der Follow-up-Erhebung		X	X		
33	Patient verstorben		X	X	X	
34	Todesdatum		X			
35	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation[15]		X			
36	Monat des Todesdatums[16]				X	
37	Todesursache		X	X		
38	Komplikation		X	X		
39	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		
40	Transplantatversagen Niere		X	X	X	

[13] 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.
[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
41	Datum Transplantatversagen Niere		X			
42	Abstand zwischen Datum des Transplantatversagens und Datum der letzten Transplanatation in Tagen[17]		X		X	
43	Monat des Transplantatversagens[18]				X	
44	Ursache Transplantatversagen Niere		X	X		
45	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X			
46	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X			
47	Kreatininwert i.S. unbekannt		X			
48	behandlungsbedürftige Abstoßung der Niere seit Entlassung		X	X	X	
49	Abstoßung der Niere durch Biopsie gesichert		X	X		
50	Patient bei Follow-up-Untersuchung insulinfrei?				X	
51	Beginn der Insulintherapie		X	X		
52	Abstand zwischen Beginn der Insulinpflicht nach Transplantatversagen und Datum der letzten Transplanatation in Tagen[19]				X	

[17] 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.
[18] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum Transplantatversagen Niere“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[19] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn der Insulintherapie“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
53	Monat des Beginns der Insulinpflicht nach Transplantatversagen[20]				X	

[20] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn der Insulintherapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[1]	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Versicherten-	Stamm@V	X	X			

[1] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	nummer (Elektronische Gesundheitskarte)						
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[2]	Stamm@versicherungsdatum				X	

[2] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[3]	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[4]	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[5]	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	

[3] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[4] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[5] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
16	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		
17	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X				X
18	Letzter Entlassungstag des	301.Entlas-	X				X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	sungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum					
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X		X
20	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[6]	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungs-			X		X

[6] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		grund)@khunterbrechung					
21	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
22	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
23	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X

Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens sind

a) Lebertransplantationen

b) Leberlebendspenden

c) Lungentransplantationen

d) Herz-Lungen-Transplantationen

e) Herztransplantationen

f) Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

g) Nierenlebendspenden.

[2]Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

(3) [1]Das 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.

[2]Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. [3]Daraus 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.

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

§ 2 Eckpunkte

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

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

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

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

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

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

§ 3 Begründung der Vollerhebung

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da die Leistungen insgesamt nur geringe Fallzahlen aufweisen und insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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 Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, 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) [1]Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern sowie den Krankenkassen verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. [4]Die Datenerhebung

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

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

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

§ 6 Datenflussverfahren

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

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die 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) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 Vollzähligkeit 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 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 Fallnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird

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

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II** 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) [1]Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für das Verfahren QS TX. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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.

§ 11 (weggefallen)

§ 12 Datenvalidierung

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

§ 13 Bundesfachkommissionen

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

a) eine Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“

b) eine Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ und

c) eine Bundesfachkommission „Nierenlebendspende“

nach Teil 1 § 8a der Richtlinie ein. [2]In der Bundesfachkommission „Lebertransplantation und Leberlebendspende“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und b. [3]In der Bundesfachkommission „Herz- und Lungentransplantation/Herzunterstützungssysteme“ erfolgt die Beratung der Leistungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c bis f. [4]In 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 „Nierenlebendspende“ 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) [1]In Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten bis zu zwei sachkundige Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates ein Mitberatungsrecht. [2]In allen Bundesfachkommissionen nach Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter

Menschen maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [3]Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. [4]Alle Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe haben Fachkenntnisse in der Behandlung von Menschen mit den Erkrankungen, aufgrund derer die jeweiligen Organtransplantationen durchgeführt werden.

(7) [1]Die Bundesfachkommissionen unterstützen 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. [3]Das Institut nach § 137a SGB V kann für Aufgaben nach Teil 1 § 26 weitere Expertinnen und für spezifische Fragestellungen hinzuziehen.

§ 14 Datenlieferfristen

(1) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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) differenziert nach § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis f für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(1a) [1]Die Fristen nach Absatz 1 gelten nicht für die Verarbeitung von Daten zum Zweck der Korrektur der nach § 15e Absatz 2 Nummer 9 Transplantationsgesetz an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten. [2]Die sich aus dem Transplantationsgesetz und der Verfahrensordnung nach § 15e Absatz 4 Satz 1 Transplantationsgesetz für Krankenhäuser ergebenden Pflichten und Fristen zur Übermittlung transplantationsmedizinischer Daten an die Transplantationsregisterstelle bleiben hiervon unberührt. [3]Im Übrigen gelten für die Verarbeitung der Daten nach Satz 1 die themenspezifischen Vorgaben in § 5 Absatz 5 sowie die Vorgaben in Teil 1 § 13 Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 und 4 und in der Anlage zu Teil 1 § 1, § 2 Absatz 1, 2 und 4, § 3, § 4, § 5 Absatz 1 und 2 und § 6 der Richtlinie entsprechend. [4]Anlage zu Teil 1 § 6 der Richtlinie kommt für Daten nach Satz 1 nur dann zur Anwendung, wenn diese vor Ablauf der Korrekturfrist nach Absatz 1 Satz 3 an die Datenannahmestelle übermittelt worden sind oder wenn es sich um Daten handelt, die die Validität der Qualitätssicherungsergebnisse des Folgejahres sicherstellen.

(2) [1]Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß Anlage II jeweils vom 1. Juli bis 15. Juli, 1. Oktober bis 15. Oktober, 15. Januar bis 31. Januar und vom 1. April bis 15. April an die für sie zuständige Datenannahmestelle (DAS-KK). [2]Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. [3]Die Bestätigung und die Aufstellung

nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln.

§ 15 Fristen für Berichte

(1) [1]Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen. [3]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

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

§ 16 Fehlende Dokumentation der Datensätze

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Bis dahin werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 17 Übergangsregelung

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

Anlage I: Indikatorenlisten (QS TX)

a) Indikatorenliste Herztransplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
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
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	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
4	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztransplantation
ID	252300

Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Herztransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekannten Status
Indikatortyp	Prozessindikator

b) Indikatorenliste Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems
ID	251800
Beschreibung	Der Indikator erfasst die beobachtete Rate an Sterbefällen 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
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 Implantation von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen nicht zu hoch sein
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD
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
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
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

Kennzahlenliste Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

1	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD
ID	52386
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines BiVAD eine neurologische Komplikation auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH
ID	52387
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines TAH eine neurologische Komplikation auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an postoperativen zerebrovaskulären Komplikationen (Transitorische ischämische Attacke (TIA), Schlaganfall oder Koma) soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Sepsis bei Implantation eines BiVAD
ID	52389

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines BiVAD eine Sepsis auftritt.
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Sepsis bei Implantation eines TAH
ID	52390
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen nach der Implantation eines TAH eine Sepsis auftritt.
Qualitätsziel	Die Sepsisrate nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll gering sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD
ID	52392
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten BiVAD auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH
ID	52393
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fehlfunktion des implantierten TAH auftritt.
Qualitätsziel	Die Rate an Fehlfunktionen des implantierten Herzunterstützungssystems/Kunstherzens soll niedrig sein
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Leberlebendspenden

1	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende
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
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	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende
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
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende
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
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
ID	12324
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Leberlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende
ID	262300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Leberlebendspende, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich
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
8	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
ID	12549
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich
ID	12561
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von zwei Jahren nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb des 1. und 2. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich

ID	12577
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende eine Lebertransplantation erforderlich ist.
Qualitätsziel	In keinem Fall Lebertransplantation innerhalb der ersten drei Jahre nach Leberlebendspende erforderlich
Indikatortyp	Ergebnisindikator
11	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)
ID	12609
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion ein Jahr nach Leberlebendspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 1 Jahr nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)
ID	12613
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion zwei Jahre nach Leberlebendspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 2 Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
13	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)
ID	12617
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit beeinträchtigter Leberfunktion drei Jahre nach Leberlebendspende.
Qualitätsziel	Selten beeinträchtigte Leberfunktion 3 Jahre nach Leberlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

d) Indikatorenliste Lebertransplantationen

1	Tod durch operative Komplikationen
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
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	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
4	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
5	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertransplantation

ID	272300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lebertransplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Postoperative Verweildauer
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
8	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation
ID	272400
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen mindestens eine schwere behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation nach einer Lebertransplantation aufgetreten ist.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit intra- oder postoperativen Komplikationen nach Lebertransplantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

e) Indikatorenliste Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
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
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	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
4	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status
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
5	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen-/Herz-Lungen-Transplantation
ID	282300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator

f) Indikatorenliste Nierenlebendspenden

1	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende
ID	51567
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer intra- oder postoperativen Komplikation.

Qualitätsziel	Selten (schwere) intra- oder postoperative Komplikationen nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	2137
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten, die nach einer Nierenlebendspende und während desselben stationären Aufenthaltes im Krankenhaus verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
ID	12440
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die ein Jahr nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	12452
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die zwei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten beiden Jahre nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	12468
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit bekanntem Follow-up-Status, die drei Jahre nach einer Nierenlebendspende verstorben sind.
Qualitätsziel	Keine Todesfälle innerhalb der ersten drei Jahre nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator

6	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
ID	292300
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit Nierenlebendspende, für die ein unbekannter Status dokumentiert wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit bekanntem Status
Indikatortyp	Prozessindikator
7	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich
ID	2138
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern, die bei Entlassung dialysepflichtig waren.
Qualitätsziel	Keine Dialysepflicht der Lebendspenderin bzw. des Lebendspenders nach Nierenlebendspende
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)
ID	12636
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion ein Jahr nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)
ID	12640
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil an Nierenlebendspenderinnen und Nierenlebendspendern mit eingeschränkter Nierenfunktion zwei Jahre nach der Spende.
Qualitätsziel	Selten erhebliche Einschränkung der Nierenfunktion bei Nierenlebendspenderin bzw. beim Nierenlebendspender
Indikatortyp	Ergebnisindikator
10	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)
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
11	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
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
12	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
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
13	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende
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

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS-TX)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lebertransplantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]		X	X	X	
19	Monat des Aufnahmetages[9]	X			X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
20	Fachabteilung	X				
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[10]			X		
22	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[11]				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[12]				X	
24	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[13]				X	

[10] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[13] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
25	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[14]				X	
26	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[15]	X	X		X	
27	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
28	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das				X	

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Transplantationsregister vor?					
29	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
30	Geburtsjahr[16]	X	X	X	X	
31	Geschlecht	X	X	X		
32	Körpergröße		X	X		
33	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
34	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
35	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[17]	X			X	

[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[17] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
36	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[18]	X			X	
37	Versionsnummer [Transplantation]				X	
38	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X	
39	Zentrumsangebot		X	X		
40	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status		X	X		
41	Bilirubin i. S. in mg/dl		X			
42	Bilirubin i. S. in µmol/l		X			
43	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X			
44	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		

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
51	Spendertyp		X	X		
52	Spenderalter		X	X		
53	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X	
54	Indikation zur Lebertransplantation		X	X		
55	HCC vor Transplantation bekannt			X		
56	OP-Datum	X	X			
57	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[19]	X	X	X	X	
58	Monat der Operation[20]	X	X	X	X	
59	Operation[21]	X		X		
60	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X			
61	Abbruch der Transplantation			X		
62	HCC im Explantat			X		
63	Typ des Leberspenderorgans		X	X		
64	kalte Ischämiezeit (Minuten)		X	X		
65	Komplikation in Anlehnung an die Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X		
66	Entlassungsdatum Krankenhaus	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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
67	Wochentag 1 - 7[22]				X	
68	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[23]	X		X	X	
69	Monat des Entlassungstages[24]	X	X	X	X	
70	Entlassungsdiagnose(n)[25]	X		X		
71	Entlassungsdiagnose nach ELTR			X		
72	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
73	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
74	Todesursache			X		

[22] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[23] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[24] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[25] 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: Lebertransplantation (Follow-up)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	X		X	X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[6]			X		
17	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[7]				X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der 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.

[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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[8]				X	
19	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[9]				X	
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[10]				X	
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[11]	X	X		X	

Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
25	Geburtsjahr[12]	X	X	X	X	
26	Geschlecht	X	X	X		

der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Monat der letzten Transplantation[13]	X			X	
29	Lebertransplantation bei Multiviszeraltransplantation		X			
30	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
31	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen[14]	X	X		X	
32	Monat des Follow-up Erhebungsdatum[15]	X			X	
33	Art der Follow-up-Erhebung			X		
34	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X			
35	Patient verstorben		X		X	
36	Todesdatum		X			
37	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation[16]		X		X	
38	Monat des Todesdatums[17]				X	

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

[14] 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.

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

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

[17] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
39	Todesursache			X		
40	HCC vor Transplantation bekannt		X	X	X	
41	HCC-Rezidiv		X	X		
42	Komplikation		X	X		
43	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		

c) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Lebertransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Technisc he und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informa tion
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseik nr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS-	sequential_nr(A dmin)@lfdnr				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Technisc he und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informa tion
	und PID-Datei						
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versich ertenzahl				X	
4	Pseudonymisier te Dienstleisterken nung[1]	Admin@dienstl eister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Versichertennu mmer (Elektronische Gesundheitskart e)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschl echt	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjah r	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbe datum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsst	Stamm@versich erungsdatum				X	

[1] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Technisc he und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informa tion
	atus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[2]						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versich erungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[3]	source(301)@q uelle				X	
12	Art der Identifikationsn ummer des Leistungserbring ers (IKNR/BSNR)[4]	cp_type(301.Ent lassungsanzeige. FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des	state_key(301.E ntlassungsanzei				X	

[2] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[3] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[4] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Technisc he und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informa tion
	Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[5]	ge.FKT.IK des Absenders)@bu ndesland					
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.FKT.IK des Absenders@nu mmer	X	X			
15	Standortnumme r der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.STA.Sta ndortnummer@ stdnummer				X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmes atz.AUF.Aufnah metag@aufndat um	X				X
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der	301.Entlassungs anzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verl	X				X

[5] 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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Technisc he und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informa tion
	Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	egung@entldat um					
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrun d nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsen de, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungs anzeige.ETL.Entl assungs- /Verlegungsgru nd@entlgrund			X		X
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgru nd 16x, 21x, 23x)[6]	inpatient_interr upt(301.Entlass ungsanzeige.ETL .Entlassungs- /Verlegungsgru nd)@khunterbr echung			X		X
20	Liste der	301.Entlassungs	X	X	X		X

[6] 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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Technisc he und anwen- dungsbe- zogene Gründe	Follow- up- Informa tion
	Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	anzeige.FAB.Op eration.Prozedu renschlüssel@o ps					
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungs anzeige.FAB.Op erationstag@da tum	X	X			X

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Leberlebendspende

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte Spender[3]					
10	GKV-Versichertenstatus Spender[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender[5]	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X				
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]			X	X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
19	Monat des Aufnahmetages[9]	X		X	X	
20	Fachabteilung	X				
21	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister[10]				X	
22	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle[11]				X	
23	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[12]	X	X		X	
24	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[13]			X		

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

[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[13] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
25	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[14]				X	
26	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[15]				X	
27	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
28	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-				X	

Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[14] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?					
29	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
30	Geburtsjahr[16]	X	X	X	X	
31	Geschlecht	X	X	X		
32	Körpergröße			X		
33	Körpergewicht bei Aufnahme			X		
34	OP-Datum	X	X			
35	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[17]	X	X	X	X	
36	Monat der Operation[18]	X	X	X	X	
37	Operation[19]	X		X		
38	Segment I		X	X		

[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

[19] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
39	Segment II		X	X		
40	Segment III		X	X		
41	Segment IV		X	X		
42	Segment V		X	X		
43	Segment VI		X	X		
44	Segment VII		X	X		
45	Segment VIII		X	X		
46	Gewicht entnommene Leber			X		
47	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X	X	
48	Blutung		X	X		
49	Gallenwegskomplikation		X	X		
50	sekundäre Wundheilung		X	X		
51	Ileus		X	X		
52	akutes Leberversagen		X	X		
53	Thrombose		X	X		
54	Lungenembolie		X	X		
55	Pneumonie		X	X		
56	sonstige Komplikationen		X	X		
57	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich		X	X	X	
58	Dominotransplantation		X	X		
59	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
60	Wochentag 1 - 7[20]				X	

[20] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
61	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[21]	X		X	X	
62	Monat des Entlassungstages[22]	X		X	X	
63	Entlassungsdiagnose(n)[23]	X		X		
64	Entlassungsgrund	X	X	X		
65	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		

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

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

[23] 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: Leberlebendspende (Follow-up)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte Spender[3]					
10	GKV-Versichertenstatus Spender[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender[5]	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister[6]				X	
17	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle[7]				X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[8]	X	X		X	
19	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[9]			X		
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[10]				X	
21	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-				X	

[8] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? “ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Abs. 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[11]					
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
25	Geburtsjahr[12]	X	X	X	X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der Leberlebendspende	X	X			
28	Monat der Lebendspende[13]	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen[14]	X	X		X	
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum[15]	X			X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X		
33	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X			
34	Spender verstorben		X		X	
35	Todesdatum		X			
36	Monat des Todesdatums[16]				X	
37	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende[17]		X		X	

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

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

[14] 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.

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

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

[17] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
38	Bilirubin i. S. in mg/dl		X			
39	Bilirubin i. S. in µmol/l		X			
40	Bilirubin i. S. unbekannt		X			
41	Gamma-GT		X			
42	Gamma-GT unbekannt		X			
43	Komplikation		X	X	X	
44	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X	X	
45	Gallenwegskomplikation			X		
46	Narbenhernie			X		
47	leberbezogene Komplikationen			X		
48	intraabdominelle Komplikationen			X		
49	sonstige Komplikationen			X		
50	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich				X	
51	Datum der letzten Transplantation	X	X			
52	Abstand zwischen Datum der letzten Transplantation des Spenders und dem Datum der Lebendspende (in Tagen)[18]		X		X	

[18] 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
53	Monat der letzten Transplantation des Spenders[19]	X			X	

f) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Lungentransplantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	

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

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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[3]	X		X	X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]			X	X	
19	Monat des Aufnahmetages[9]	X		X	X	
20	Fachabteilung	X				
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[10]			X		
22	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[11]				X	

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[11] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[12]				X	
24	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[13]				X	
25	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[14]				X	
26	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[15]	X	X		X	

Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[13] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
27	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
28	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
29	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
30	Geburtsjahr[16]	X		X		
31	Geschlecht	X		X		

wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
32	Körpergröße			X		
33	Körpergewicht bei Aufnahme			X		
34	Grunderkrankung		X	X		
35	Blutgruppe		X	X		
36	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
37	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[17]	X			X	
38	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[18]	X			X	
39	Versionsnummer				X	
40	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X	
41	Dringlichkeit		X	X		
42	LAS (Lung Allocation Score)		X	X		
43	thorakale Voroperation		X	X		

[17] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
44	Beatmung präoperativ		X	X		
45	Induktionstherapie			X		
46	Cyclosporin			X		
47	Tacrolimus			X		
48	Azathioprin			X		
49	Mycophenolat			X		
50	Steroide			X		
51	m-ToR-Inhibitor			X		
52	andere			X	X	
53	Art der Spende		X	X	X	
54	Spenderalter		X	X		
55	Blutgruppe		X	X		
56	Beatmungsdauer		X	X		
57	Einsatz eines Perfusionssystems		X		X	
58	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X		
59	Datum der Transplantation	X	X			
60	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[19]	X	X	X	X	
61	Monat der Operation[20]	X	X	X	X	
62	Operation[21]	X		X		
63	Abbruch der Transplantation			X		
64	Retransplantation				X	

[19] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum der Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[20] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Transplantation“ 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
65	Datum der letzten Transplantation	X	X			
66	Monat der letzten Transplantation[22]	X		X	X	
67	Abstand zwischen Aufnahmedatum Krankenhaus und Datum der letzten Transplantation in Tagen[23]			X	X	
68	Transplantationsart			X	X	
69	simultane Operationen		X	X		
70	Ischämiezeit (rechte Lunge)		X	X		
71	Ischämiezeit (linke Lunge)		X	X		
72	Cyclosporin		X	X		
73	Tacrolimus		X	X		
74	Azathioprin		X	X		
75	Mycophenolat		X	X		
76	Steroide		X	X		
77	m-ToR-Inhibitor		X	X		
78	andere		X	X	X	
79	Patient bei Entlassung tracheotomiert		X	X	X	
80	FEV1 (prädiktiver Wert in %)		X	X		
81	FEV1-Messung nicht möglich		X	X		
82	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			

[22] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[23] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
83	Wochentag 1 - 7[24]				X	
84	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[25]	X	X	X	X	
85	Monat des Entlassungstages[26]	X	X	X	X	
86	Entlassungsdiagnose(n)[27]	X		X		
87	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
88	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
89	Todesursache(n) akut			X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems				X	

[24] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[25] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[26] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	(Länderkode + Registrierkode)					
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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[3]	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[6]			X		
17	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[7]				X	

[4] In der 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.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? “ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[8]				X	
19	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[9]				X	
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[10]				X	
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[11]	X	X		X	

[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
25	Geburtsjahr[12]	X	X	X	X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
28	Monat der letzten Transplantation[13]	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen[14]	X	X		X	
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum[15]	X			X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X	X	
33	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X			
34	Patient verstorben		X		X	
35	Todesdatum		X			
36	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation[16]		X		X	
37	Monat des Todesdatums[17]				X	
38	Todesursache(n) im Verlauf			X		
39	FEV 1 (höchster Wert)		X	X		
40	FEV 1 (aktueller Wert)		X	X		
41	FEV1-Messung nicht möglich			X	X	

[13] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[14] 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.
[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Follow-up-Erhebung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[17] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
42	Cyclosporin			X		
43	Tacrolimus			X		
44	Azathioprin			X		
45	Mycophenolat			X		
46	Steroide			X		
47	m-ToR-Inhibitor			X		
48	andere			X	X	

h) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Techni- sche und anwen- dungsb e- zogene Gründe	Follow- up- Inform ation
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseik nr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS-	sequential_nr(A dmin)@lfdnr				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Techni- sche und anwen- dungsb e- zogene Gründe	Follow- up- Inform ation
	und PID-Datei						
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versich ertenzahl				X	
4	Pseudonymisier te Dienstleisterken nung[1]	Admin@dienstl eister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Versichertennu mmer (Elektronische Gesundheitskart e)	Stamm@V	X	X			
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschl echt	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjah r	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbe datum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsst	Stamm@versich erungsdatum				X	

[1] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Techni- sche und anwen- dungsb e- zogene Gründe	Follow- up- Inform ation
	atus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[2]						
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versich erungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[3]	source(301)@q uelle				X	
12	Art der Identifikationsn ummer des Leistungserbring ers (IKNR/BSNR)[4]	cp_type(301.Ent lassungsanzeige. FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des	state_key(301.E ntlassungsanzei				X	

[2] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[3] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[4] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Techni- sche und anwen- dungsb e- zogene Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[5]	ge.FKT.IK des Absenders)@bu ndesland					
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.FKT.IK des Absenders@nu mmer	X	X			
15	Standortnumme r der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.STA.Sta ndortnummer@ stdnummer				X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmes atz.AUF.Aufnah metag@aufndat um	X				X
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der	301.Entlassungs anzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verl	X				X

[5] 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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Techni- sche und anwen- dungsb e- zogene Gründe	Follow- up- Inform ation
	Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	egung@entldat um					
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrun d nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsen de, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungs anzeige.ETL.Entl assungs- /Verlegungsgru nd@entlgrund			X		X
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgru nd 16x, 21x, 23x)[6]	inpatient_interr upt(301.Entlass ungsanzeige.ETL .Entlassungs- /Verlegungsgru nd)@khunterbr echung			X		X
20	Liste der	301.Entlassungs	X	X	X		X

[6] 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	5
			Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau s- wertun g	Techni- sche und anwen- dungsb e- zogene Gründe	Follow- up- Inform ation
	Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	anzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops					
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X

i) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen

siehe Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

j) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herz-Lungen-Transplantationen (Follow-up)

siehe Lungentransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

k) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]			X	X	
19	Monat des Aufnahmetages[9]	X	X	X	X	
20	Fachabteilung	X		X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der 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.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
21	Geburtsjahr[10]	X	X	X	X	
22	Geschlecht	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	Herztransplantation		X	X	X	
27	Assist Device/TAH		X	X	X	
28	Koronarchirurgie		X	X	X	
29	Klappenchirurgie		X	X	X	
30	Korrektur angeborener Vitien		X	X	X	
31	sonstige		X	X	X	
32	Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen am Herzen		X	X		
33	Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen unbekannt		X	X		
34	Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation		X	X		

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
35	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Voroperation in Tagen[11]				X	
36	Abstand zwischen Geburtsdatum und letzter thorakaler Voroperation[12]				X	
37	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte Herztransplantation durchgeführt?		X		X	
38	Hepatitis B		X	X		
39	Hepatitis C		X	X		
40	Blutgruppe		X	X		
41	Rhesusfaktor			X		
42	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?		X	X	X	
43	Befand sich der Patient vor oder während des stationären Aufenthaltes auf der Warteliste für eine Herztransplantation?			X	X	
44	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	

[11] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation“ und „Geburtsdatum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
45	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[13]	X			X	
46	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[14]	X			X	
47	Versionsnummer				X	
48	Wievielte Implantation während dieses Aufenthaltes?				X	
49	durchgeführter Eingriff		X		X	
50	Zielstellung		X	X		
51	Lag bei dem Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs eine akute Herzinsuffizienz vor?		X	X		
52	geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage			X		
53	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
54	INTERMACS Profile-Level 1 - 7		X	X		

[13] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[14] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
55	linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%		X	X		
56	6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter		X	X		
57	maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O2/min/kg Körpergewicht		X	X		
58	dokumentierte stationäre Aufnahme aufgrund Linksherzdekompensation in den letzten 12 Monaten		X	X		
59	Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt bekannt		X	X		
60	OP-Datum	X				
61	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[15]	X		X	X	
62	Monat der Operation (VAD/TAH)[16]	X			X	
63	Operation[17]	X		X		
64	Typ des Pumpsystems		X	X		
65	Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens		X	X		
66	Art des Unterstützungssystems		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.
[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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
67	Abbruch der Implantation		X	X		
68	Sepsis		X	X		
69	neurologische Dysfunktion		X	X		
70	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems		X	X		
71	Rechtsherzversagen			X		
72	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
73	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[18]	X			X	
74	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[19]	X			X	
75	Versionsnummer				X	
76	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?		X		X	
77	PRA		X	X		
78	Dringlichkeit		X	X		

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[19] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
79	CAS (Cardiac Allocation Score)		X	X		
80	Lungengefäßwiderstand Wert		X	X		
81	Beatmung		X	X		
82	Kreatininwert i.S. in mg/dl			X		
83	Kreatininwert i.S. in µmol/l			X		
84	Induktionstherapie			X		
85	Cyclosporin			X		
86	Tacrolimus			X		
87	Azathioprin			X		
88	Mycophenolat			X		
89	Steroide			X		
90	m-ToR-Inhibitor			X		
91	andere			X	X	
92	Spenderalter			X		
93	Geschlecht	X		X		
94	Körpergröße			X		
95	Körpergewicht			X		
96	Blutgruppe		X	X		
97	Rhesusfaktor			X		
98	Todesursache			X		
99	Vasopressortherapie		X	X		
100	CK-Wert		X	X		
101	CK-MB-Wert		X	X		
102	Herzstillstand		X	X		
103	hypotensive Periode		X	X		
104	Koronarangiographie erfolgt		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
105	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme			X		
106	Einsatz eines Perfusionssystems			X	X	
107	Kategorie des Spenderorgans		X	X		
108	Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls		X	X		
109	Datum der Organentnahme		X	X		
110	Hämatokrit (Hk)		X	X		
111	OP-Datum	X	X			
112	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[20]	X	X	X	X	
113	Monat der Operation[21]	X	X	X	X	
114	Operation[22]	X		X	X	
115	Abbruch der Transplantation			X		
116	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation			X		
117	kalte Ischämiezeit			X		
118	Cyclosporin			X		
119	Tacrolimus			X		
120	Azathioprin			X		
121	Mycophenolat			X		
122	Steroide			X		
123	m-ToR-Inhibitor			X		

[20] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[21] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[22] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
124	andere				X	
125	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen			X		
126	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt			X	X	
127	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[23]			X		
128	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[24]				X	
129	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[25]				X	

[23] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[24] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[25] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
130	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[26]				X	
131	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[27]				X	
132	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[28]	X	X		X	
133	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
134	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten				X	

[26] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[27] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[28] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?					
135	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
136	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
137	Wochentag 1 - 7[29]				X	
138	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[30]	X		X	X	
139	Monat des Entlassungstages[31]	X	X	X	X	
140	Entlassungsdiagnose(n)[32]	X		X		
141	Entlassungsgrund	X	X	X	X	

[29] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[30] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[31] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[32] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
142	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
143	Todesursache(n) akut			X		
144	Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde?			X		

l) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Herztransplantation (Follow-up)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[6]			X		
17	Art der ET-Nummer (ETE) für das Transplantationsregister[7]				X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? “ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[8]				X	
19	Art der ET-Nummer (ETE) für die Bundesauswertungsstelle[9]				X	
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[10]				X	
21	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[11]	X	X		X	

die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] Dieses Feld wird nur bei nicht gesetzlich Versicherten und nur dann exportiert, wenn eine wirksame Einwilligung gemäß Feld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
25	Geburtsjahr[12]	X		X		
26	Geschlecht	X		X		

Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
27	Datum der letzten Transplantation	X	X			
28	Monat der letzten Transplantation[13]	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung		X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der letzten Transplantation in Tagen[14]		X	X	X	
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum[15]	X		X	X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X	X	
33	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	X	X			
34	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up			X	X	
35	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up			X		
36	Patient verstorben		X	X	X	
37	Todesdatum		X			

[13] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der letzten Transplantation“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[14] 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.
[15] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
38	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der letzten Transplantation[16]		X	X	X	
39	Monat des Todesdatums[17]			X	X	
40	Todesursache(n) im Verlauf[18]			X		
41	Cyclosporin			X		
42	Tacrolimus			X		
43	Azathioprin			X		
44	Mycophenolat			X		
45	Steroide			X		
46	m-ToR-Inhibitor			X		
47	andere			X	X	

[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der letzten Transplantation“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[17] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[18] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

m) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Herztransplantation

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden ti-fikation	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hl-berech nung	Datenfel der für die Basisaus - wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe zogene Gründe	Follow-up-Inform ation
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseik nr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(A dmin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versich ertenzahl				X	
4	Pseudonymisier te Dienstleisterken nung[1]	Admin@dienstl eister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Versichertennu mmer (Elektronische	Stamm@V	X	X			

[1] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden ti-fikation	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hl-berech nung	Datenfel der für die Basisaus - wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe zogene Gründe	Follow-up-Inform ation
	Gesundheitskart e)						
6	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschl echt	X		X		
7	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjah r	X		X		
8	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbe datum		X			X
9	Stichtag des Versicherungsst atus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[2]	Stamm@versich erungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versich erungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							

[2] 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	5
			Daten für die Falliden ti-fikation	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hl-berech nung	Datenfel der für die Basisaus - wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe zogene Gründe	Follow-up-Inform ation
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[3]	source(301)@q uelle				X	
12	Art der Identifikationsn ummer des Leistungserbring ers (IKNR/BSNR)[4]	cp_type(301.Ent lassungsanzeige. FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[5]	state_key(301.E ntlassungsanzei ge.FKT.IK des Absenders)@bu ndesland				X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungs anzeige.FKT.IK des Absenders@nu mmer	X	X			
15	Standortnumme r der	301.Entlassungs anzeige.STA.Sta				X	

[3] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[4] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[5] 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	5
			Daten für die Falliden ti-fikation	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hl-berech nung	Datenfel der für die Basisaus - wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe zogene Gründe	Follow-up-Inform ation
	entlassenden Einrichtung	ndortnummer@ stdnummer					
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmes atz.AUF.Aufnah metag@aufndat um	X				X
17	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungs anzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verl egung@entldat um	X				X
18	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrun d nach 3-	301.Entlassungs anzeige.ETL.Entl assungs- /Verlegungsgru			X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden ti-fikation	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hl-berech nung	Datenfel der für die Basisaus - wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe zogene Gründe	Follow-up-Inform ation
	stelligem Schlüssel (Behandlungsen de, Verlegung, Tod etc.)	nd@entlgrund					
19	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgru nd 16x, 21x, 23x)[6]	inpatient_interr upt(301.Entlass ungsanzeige.ETL .Entlassungs-/Verlegungsgru nd)@khunterbr echung			X		X
20	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungs anzeige.FAB.Op eration.Prozedu renschlüssel@o ps	X	X	X		X
21	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungs anzeige.FAB.Op erationstag@da tum	X	X			X

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

n) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

siehe Herztransplantationen (gemeinsame Dokumentation)

o) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte Spender[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus Spender[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender[5]	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[8]		X	X	X	
19	Monat des Aufnahmetages[9]	X		X	X	
20	Fachabteilung	X				
21	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister[10]				X	
22	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle[11]				X	
23	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[12]	X	X		X	
24	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[13]			X		

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

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

[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[13] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
25	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[14]				X	
26	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[15]				X	
27	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	

Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[14] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
28	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
29	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	
30	Geburtsjahr[16]	X		X	X	
31	Geschlecht	X	X	X		
32	Körpergröße			X		
33	Körpergewicht bei Aufnahme			X		
34	arterielle Hypertonie präoperativ			X		
35	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
36	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
37	OP-Datum	X	X			

[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
38	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[17]	X	X	X	X	
39	Monat der Operation[18]	X	X	X	X	
40	Operation[19]	X		X		
41	Dauer des Eingriffs			X		
42	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation		X	X		
43	Blutung		X	X		
44	Reoperation erforderlich		X	X		
45	sonstige Komplikationen		X	X		
46	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?		X	X	X	
47	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
48	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
49	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X	
50	Albumin i. U. >= 30mg/l		X	X	X	
51	Albumin i. U.		X	X		
52	arterielle Hypertonie			X		
53	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			
54	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[20]	X		X	X	

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

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

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

[20] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
55	Monat des Entlassungstages[21]	X		X	X	
56	Entlassungsdiagnose(n)[22]	X		X		
57	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
58	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
59	Todesursache			X		

[21] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ 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.

p) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer: Nierenlebendspende (Follow-up)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte Spender[3]					
10	GKV-Versichertenstatus Spender[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten Spender[5]	X	X		X	
12	Der Spender verfügt über keine eGK-Versichertennummer				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	Betriebsstätten-Nummer	X				
15	Fachabteilung	X				
16	Art der ET-Nummer (ETS) für das Transplantationsregister[6]				X	
17	Art der ET-Nummer (ETS) für die Bundesauswertungsstelle[7]				X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „besonderer Personenkreis des Spenders“ und „eGK-Versichertennummer des Spenders“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	ET-Nummer zur Datenübermittlung an die Bundesauswertungsstelle[8]	X	X		X	
19	ET-Nummer zur Datenübermittlung an das Transplantationsregister[9]			X		
20	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor? (N/V)[10]				X	
21	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-				X	

[8] 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 Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ vorliegt (vgl. § 5 Absatz 4 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL). Für Datensätze nach QSKH-RL ist dieses Exportfeld leer. In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis des Spenders“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders“, „eGK-Versichertennummer des Spenders“, „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[9] 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 sowie im Feld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? “ der Schlüssel „1“ = ja angegeben wurde (vgl. § 5 Absatz 5 Teil 2, Verfahren 5 (QS TX) DeQS-RL und § 7 Absatz 3 QSKH-RL). In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“, „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ und „ET-Nummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ und „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor? (N/V)[11]					
22	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?				X	
23	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?				X	
24	Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?				X	

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Verarbeitung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) in der Bundesauswertungsstelle vor?“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
25	Geburtsjahr[12]	X			X	
26	Geschlecht	X	X	X		
27	Datum der Nierenlebendspende	X	X			
28	Monat der Lebendspende[13]	X			X	
29	Datum der Follow-up-Erhebung	X	X			
30	Abstand Erhebungsdatum des Follow-up und Datum der Lebendspende in Tagen[14]	X	X		X	
31	Monat des Follow-up Erhebungsdatum[15]	X			X	
32	Art der Follow-up-Erhebung			X		
33	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	X	X	X		
34	Spender verstorben		X	X	X	
35	Todesdatum		X			
36	Monat des Todesdatums[16]			X	X	
37	Abstand zwischen Todesdatum und Datum der Lebendspende[17]		X		X	

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

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

[14] 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.

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

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

[17] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Todesdatum“ und „Datum der Nierenlebendspende“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
38	Spender dialysepflichtig?		X	X	X	
39	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
40	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
41	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		
42	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.		X	X	X	
43	Albumin i. U. >= 30mg/l		X	X	X	
44	Albumin i. U.		X	X		
45	Komplikation		X	X		
46	unbekannt, ob Komplikation vorliegt		X	X		
47	arterielle Hypertonie			X		

Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe an der Aortenklappe, der Mitralklappe und an Herzkranzgefäßen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. [2]Diese Behandlungsverfahren werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

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

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

a) Indikationsstellung

b) Erreichen von Behandlungszielen

c) Komplikationen/unerwünschte Ereignisse

d) Überleben der Patientinnen und Patienten.

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

a) Verbesserung der Indikationsstellung

b) Verbesserung der Durchführung der Eingriffe

c) Verbesserung des Erreichens von Behandlungszielen

d) Verringerung der Komplikationsraten während und nach den Eingriffen

e) Verringerung von Folgeerkrankungen durch die Eingriffe.

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

§ 2 Eckpunkte

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

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

(3) Das Verfahren wird bundesbezogen durchgeführt.

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

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Zum 30. Juni 2027 bewertet der G-BA das Erreichen der Ziele unter Einbeziehung der Evaluation des Verfahrens nach Teil 1 § 20 Satz 3 der Richtlinie und entscheidet über den weiteren Fortgang des Verfahrens, einschließlich

etwaiger Veränderungen in der Durchführung 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

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

a) den Krankenhäusern sowie

b) den Krankenkassen.

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

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die 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) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen entsprechenden Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 Vollzähligkeit 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

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

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II** 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) [1]Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen für Koronarchirurgie und Eingriffe an den Herzklappen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 (weggefallen)

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Bundesfachkommissionen

(1) [1]Die Bundesstelle richtet eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie und Aortenklappe“ und eine Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Mitralklappe“ ein. [2]Die Bundesfachkommissionen übernehmen die fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Auswertungen. [3]In der Bundesfachkommission „KCHK – Schwerpunkt Koronarchirurgie“ erfolgt die Beratung des Leistungsbereichs gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe a bis d. [4]In der Bundesfachkommission „KHCK – Schwerpunkt Mitralklappe“ erfolgt die Beratung der Leistungsbereiche gemäß § 10 Absatz 4 Buchstabe e bis h. [5]Des Weiteren beraten die Bundesfachkommissionen die Stelle nach § 7 Absatz 2 bei der Bewertung auffälliger Ergebnisse und der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie.

(2) [1]Die 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“. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates erhalten ein Mitberatungsrecht. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im Einzelfall kann die Bundesstelle weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen. [5]Alle 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

[1]Für die fachliche Begleitung bei der Durchführung des Qualitätssicherungsverfahrens „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“ richtet das Institut nach § 137a SGB V ein Expertengremium nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein, für das jeweils drei ärztliche Vertreterinnen oder Vertreter der beiden Bundesfachkommissionen nach § 14 von diesen benannt werden. [2]Darüber hinaus ist aus jeder Bundesfachkommission nach § 14 eine

Vertreterin oder ein Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen zu benennen. [3]Das Expertengremium soll die unter Teil 1 § 26 Absatz 3 genannten Aufgaben wahrnehmen sowie unter Leitung des Instituts nach § 137a SGB V mindestens einmal jährlich die Auswertungsergebnisse und eingeleiteten Maßnahmen in den unter § 10 Absatz 4 genannten Leistungsbereichen bewerten und ggf. erforderlichen Handlungsbedarf feststellen.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Krankenhäuser die jährlichen Rückmeldeberichte und dem G-BA die Bundesauswertung bis zum 31. Mai zur Verfügung. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf einen Indexeingriff aus Vorjahren beziehen. [3]Die Bundesauswertungsstelle stellt der

Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Das Institut nach § 137a SGB V berichtet hierüber in dem Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie.

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

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Bis dahin werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS KCHK)

a) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Intraprozedurale Komplikationen
ID	382000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	382001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	382003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	382004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	382007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	382008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Intraprozedurale Komplikationen
ID	372000
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwere intraprozedurale Komplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
ID	372001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Gefäßkomplikationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	372002
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	372003
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

ID	372004
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Aortenklappeneingriffe oder Prothesenintervention innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	372007
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

1	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	372008
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

c) Indikatorenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	352001
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	352400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres

ID	352401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	352008
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Isolierte Koronarchirurgie

1	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	352009
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Indikatorenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts nach einem Mitralklappeneingriff
ID	362004
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	362005
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen

Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff
ID	362007
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	362400
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	362401
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute koronarchirurgische Eingriffe und/oder perkutane Koronarinterventionen (PCI) und/oder Reinterventionen an Aorten- und/oder Mitralklappen innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	362020
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie

1	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
ID	362010

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	362021
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

e) Indikatorenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts nach einem Mitralklappeneingriff
ID	402002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	402003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff
ID	402005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen

ID	402008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	402009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	402012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
ID	402007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	402013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

f) Indikatorenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts nach einem Mitralklappeneingriff
ID	392002
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte intra- oder postprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen
ID	392003
Beschreibung	Der Indikator erfasst Schlaganfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach einem Mitralklappeneingriff
ID	392005
Beschreibung	Der Indikator erfasst schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige schwerwiegende Komplikationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen
ID	392008
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb von 30 Tagen nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres
ID	392009
Beschreibung	Der Indikator erfasst erneute Mitralklappeneingriffe innerhalb eines Jahres nach dem Indexeingriff.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Reinterventionen bzw. Reoperationen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

6	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen
ID	392012
Beschreibung	Der Indikator erfasst Todesfälle innerhalb von 30 Tagen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe

1	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff
ID	392007
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Rehospitalisierungen aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres
ID	392013
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst Todesfälle innerhalb eines Jahres.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KCHK)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
14	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
15	Fachabteilung	X				
16	Quartal des Aufnahmetages[8]	X		X	X	
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[9]	X	X	X	X	
18	Geburtsjahr[10]	X		X	X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Körpergröße		X	X		
21	Körpergröße unbekannt		X	X		
22	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
23	Körpergewicht unbekannt		X	X		
24	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)		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		X	X		
29	systolischer Pulmonalarteriendruck		X	X		
30	systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt		X	X		
31	Herzrhythmus		X	X		
32	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger		X	X		
33	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
34	LVEF		X	X		
35	LVEF unbekannt		X	X		
36	Befund der koronaren Bildgebung		X	X		
37	Hauptstammstenose		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
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)[11]		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		
50	Schweregrad der Behinderung		X	X		
51	präoperative Nierenersatztherapie		X	X	X	
52	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
53	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
54	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	

[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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
55	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[12]	X			X	
56	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[13]	X			X	
57	Versionsnummer				X	
58	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X	
59	Konversionseingriff		X	X	X	
60	OP-Datum	X	X			
61	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[14]	X	X	X	X	
62	Quartal der Operation[15]	X		X	X	
63	Operation[16]	X		X		
64	Koronarchirurgie		X	X	X	
65	Aortenklappeneingriff		X	X	X	
66	Mitralklappeneingriff		X	X	X	

[12] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[13] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

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

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

[16] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
67	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		X	X	X	
68	Eingriff an der Trikuspidalklappe		X	X		
69	Eingriff an der Pulmonalklappe		X	X		
70	Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand		X	X		
71	Vorhofablation		X	X		
72	Eingriff an herznahen Gefäßen		X	X		
73	Herzohrverschluss/-amputation		X	X		
74	interventioneller Koronareingriff (PCI)		X	X		
75	sonstige		X	X		
76	Patient wird beatmet		X	X		
77	Dringlichkeit		X	X		
78	Nitrate (präoperativ)		X	X		
79	Troponin positiv (präoperativ)		X	X		
80	Inotrope (präoperativ)		X	X		
81	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung		X	X		
82	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		
83	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
84	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[17]	X			X	
85	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[18]	X			X	
86	Versionsnummer				X	
87	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
88	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?				X	
89	Zugang (KC)		X	X		
90	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
91	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[19]	X			X	

[17] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[19] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
92	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[20]	X			X	
93	Versionsnummer				X	
94	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
95	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X	
96	Zugang (AORT)		X	X		
97	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
98	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[21]	X			X	
99	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[22]	X			X	

als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[20] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[21] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[22] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
100	Versionsnummer				X	
101	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
102	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?				X	
103	Zugang (MKE)		X	X		
104	intraprozedurale Komplikationen		X	X	X	
105	Device-Fehlpositionierung		X	X	X	
106	Koronarostienverschluss		X	X	X	
107	Aortendissektion		X	X	X	
108	Aortenregurgitation > = 2. Grades		X	X	X	
109	Annulus-Ruptur		X	X	X	
110	Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle		X	X	X	
111	Perikardtamponade		X	X	X	
112	kardiale Dekompensation		X	X	X	
113	Hirnembolie		X	X	X	
114	Rhythmusstörungen		X	X	X	
115	Device-Embolisation		X	X	X	
116	vaskuläre Komplikation		X	X	X	
117	Low Cardiac Output		X	X	X	

erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
118	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedur al)		X	X	X	
119	Patient verstarb im OP/Katheterlabor		X	X	X	
120	Therapie des Low Cardiac Output		X	X		
121	Konversion		X	X	X	
122	Grund für die Konversion		X	X		
123	neu aufgetretener Herzinfarkt		X	X		
124	komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		X	X		
125	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		X	X		
126	Perikardtamponade		X	X		
127	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)		X	X		
128	Mediastinitis		X	X		
129	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung		X	X	X	
130	Abstand OP-Datum - zerebrovaskuläres Ereignis[23]		X	X		

[23] 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
131	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses		X	X		
132	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		X	X		
133	therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen		X	X	X	
134	Infektion(en)		X	X		
135	Sternuminstabilität		X	X		
136	Gefäßruptur		X	X		
137	Dissektion		X	X		
138	therapierelevante Blutung/Hämatom		X	X		
139	Ischämie		X	X		
140	AV-Fistel		X	X		
141	sonstige		X	X		
142	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial		X	X		
143	paravalvuläre Leckage		X	X		
144	Entlassungsdiagnose(n)[24]	X		X		
145	Quartal des Entlassungstages[25]	X		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 „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
146	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[26]	X		X	X	
147	Entlassungsgrund	X	X	X		
148	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		

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

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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
§ 301 (Krankenhäuser)							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes[1]	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungs-erbringers (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	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer				X	
6	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X				X
7	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)						
8	Letzter Entlassungstag des Falles, an dem der Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung @entldatum	X				X
9	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund			X		X
10	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verle-gung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behand-lungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	zu liefern						
11	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdia-gnosen 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		X
12	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 Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
13	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagno-sen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
16	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
17	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[4]	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
§ 301 (AMBO)							
18	Angabe der Quelle	source(kh_ambo)@quelle				X	

[4] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	des Datensatzes[5]						
19	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[6]	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
20	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	
21	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
22	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X				X
23	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X
24	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherh			X		

[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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		eit					
25	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
26	Sicherheit der sekundären Behandlungsdia-gnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek			X		
27	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation[8]	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X
28	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
29	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
30	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozed	X	X		X	X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		urentag@datum					
§ 295 (kollektivvertraglich)							
31	Angabe der Quelle des Datensatzes[9]	source(295k)@quelle				X	
32	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[10]	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
33	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[11]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
34	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
35	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X				
36	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X				
37	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		X
38	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit			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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
39	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
40	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X			X
41	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
§ 284 (Stammdaten)							
42	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X		X		X
43	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		X
44	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
45	Versichertennum-mer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X
46	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4:	Stamm@versicherungsdatum				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	15.11.)[12]						
47	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 295 (selektivvertraglich)							
48	Angabe der Quelle des Datensatzes[13]	source(295s)@quelle				X	
49	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[14]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH. 2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
50	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	
51	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH. 2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X				
52	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[16]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL. 3/3.2 Institutionskennzeiche				X	

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

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

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

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		n des Leistungserbringers)@art					
53	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	
54	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			X
55	Erster Tag des Abrechnungszeit-raums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums @beginndatum	X				
56	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums @endedatum	X				
57	Liste der ICD-	295s.Erbrachte	X	X			X

[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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA. Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd					
58	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA. Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit			X		
59	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA. Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
60	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS .Operationsschlüssel.7 /7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
61	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS .Operationsschlüssel.7 /7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X
Administrative Daten							
62	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X	
63	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und	sequential_nr(Admin) @lfdnr				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswer-tung	Techni-sche und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	PID-Datei						
64	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
65	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X	

Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens sind Eingriffe zur Verbesserung des Blutflusses an der Halsschlagader (Karotis-Revaskularisation). [2]Erfasst werden sowohl offen-chirurgische als auch kathetergestützte Eingriffe. [3]Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Karotis-Revaskularisation“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS KAROTIS“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Indikationsstellung
b) periprozedurale Schlaganfälle und Todesfälle
c) Prozessqualität.

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

a) Verbesserung der Indikationsstellung
b) Verbesserung der Prozessqualität
c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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) [1]Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. [2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 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 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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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, der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder der Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [6]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 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
ID	162400
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad ≥ 60 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit asymptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 60 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär und die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose
ID	162401
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten bei denen vor dem ersten Eingriff an der Karotisstenose ein Stenosegrad ≥ 50 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung zum Eingriff interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades und eine Bildgebung des Hirnparenchyms erfolgt ist, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Karotisstenose soll eine Revaskularisation nur durchgeführt werden, wenn ein Stenosegrad ≥ 50 % (NASCET) vorliegt, die Indikationsstellung interdisziplinär, die Überprüfung des Stenosegrades erfolgt ist und eine Bildgebung des Hirnparenchyms vorliegt
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
ID	52240
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung 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
ID	11704
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51873
Beschreibung	Der Indikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen oder symptomatischen intrakraniellen Blutungen oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung
ID	161800
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die eine fachneurologische Untersuchung erhalten haben, an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten erhalten nach einer Karotis-Revaskularisation eine fachneurologische Untersuchung
Indikatortyp	Prozessindikator

Kennzahlenliste Karotis-Revaskularisation

1	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	11724
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation.
Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	162301
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	605
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch

ID	606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID	51859
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch
ID	162300
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	51865
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren periprozeduralen ischämischen Schlaganfällen (Rankin 4, 5, 6) oder schweren symptomatischen intrakraniellen Blutungen (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfällen bei kathetergestützter Karotis-Revaskularisation.

Qualitätsziel	Selten schwere Schlaganfälle (Rankin 4, 5, 6) oder Todesfälle
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	162304
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51445
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und keine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51448
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe A, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde und eine kontralaterale Karotisstenose vorliegt.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID	51860
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten, die einen periprozeduralen ischämischen Schlaganfall oder eine symptomatische intrakranielle Blutung erlitten haben oder verstorben sind, an allen Patientinnen und Patienten aus der Indikationsgruppe B, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an Schlaganfällen oder Todesfällen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt
ID	162303
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer postprozeduralen lokalen Komplikation an allen Patientinnen und Patienten, bei denen im ersten Eingriff eine kathetergestützte Karotis-Revaskularisation durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst niedrige Rate an postprozeduralen lokalen Komplikationen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KAROTIS)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	Institutionskennzeichen	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
10	entlassender Standort 6-stellig[3]	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig[4]	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr[5]	X		X	X	
15	Geschlecht	X		X		
16	Körpergröße		X	X		
17	Körpergröße unbekannt		X	X		
18	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
19	Körpergewicht unbekannt		X	X		
20	Quartal des Aufnahmetages[6]	X		X	X	
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[7]		X	X	X	
22	Diabetes mellitus		X	X		
23	präprozedurale Nierenersatztherapie		X	X	X	
24	Kreatininwert i.S. in mg/dl		X	X		
25	Kreatininwert i.S. in µmol/l		X	X		
26	Kreatininwert i.S. unbekannt		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
27	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?		X	X	X	
28	Karotisläsion rechts		X	X	X	
29	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)		X	X		
30	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)		X	X	X	
31	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes		X	X		
32	Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen.		X	X		
33	Karotisläsion links		X	X	X	
34	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)		X	X		
35	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)		X	X	X	
36	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes		X	X		
37	Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen.		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
38	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)		X	X		
39	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X	
40	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)		X	X	X	
41	Überprüfung des Stenosegrades erfolgt		X	X		
42	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite			X	X	
43	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung		X	X		
44	Aneurysma		X	X		
45	symptomatisches Coiling		X	X		
46	Mehretagenläsion		X	X		
47	sonstige		X	X		
48	sonstige Karotisläsionen der linken Seite			X	X	
49	exulzerierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung		X	X		
50	Aneurysma		X	X		
51	symptomatisches Coiling		X	X		
52	Mehretagenläsion		X	X		
53	sonstige		X	X		
54	Erfolgte die Indikationsstellung zum Eingriff an der Karotis durch mehrere Fachdisziplinen?		X	X	X	
55	Neurologie		X	X		
56	Gefäßchirurgie		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
57	Interventionelle Radiologie oder Neuroradiologie		X	X		
58	Angiologie		X	X		
59	Kardiologie		X	X		
60	Kardiochirurgie		X	X		
61	sonstige		X	X		
62	Ist eine Bildgebung des Hirnparenchyms vor dem Eingriff erfolgt?		X	X		
63	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?		X	X	X	
64	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)		X	X		
65	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
66	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[8]	X			X	
67	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[9]	X			X	

[8] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[9] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
68	Versionsnummer				X	
69	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?		X		X	
70	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[10]	X	X	X	X	
71	Quartal der Operation[11]	X			X	
72	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)		X	X	X	
73	ASA-Einstufung liegt nicht vor		X	X	X	
74	Form der Anästhesie			X	X	
75	therapierte Seite		X	X		
76	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?				X	
77	Prozedur(en)[12]	X				
78	Art des Eingriffs		X	X		
79	Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?		X	X		
80	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?		X	X		

Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
81	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?		X	X		
82	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?			X		
83	Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?			X	X	
84	ASS			X		
85	Clopidogrel			X		
86	sonstige ADP-Rezeptorantagonisten			X		
87	GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten			X		
88	NOAK/DOAK			X		
89	Vitamin-K-Antagonisten			X		
90	sonstige			X		
91	keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt		X	X		
92	neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis		X	X	X	
93	TIA		X	X		
94	Hyperperfusionssyndrom		X	X		
95	Hirnnervenausfälle		X	X		
96	ischämischer Schlaganfall		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
97	symptomatische intrakranielle Blutung		X	X		
98	sonstige		X	X		
99	Schweregrad des neurologischen Defizits		X	X		
100	lokale Komplikationen		X	X	X	
101	OP-pflichtige Nachblutung		X	X	X	
102	Nervenläsion als Folge des Eingriffs		X	X	X	
103	Karotisverschluss		X	X	X	
104	behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle		X	X	X	
105	Wundinfektionen		X	X	X	
106	sonstige		X	X	X	
107	Quartal des Entlassungstages[13]	X			X	
108	Wochentag 1 - 7[14]			X		
109	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[15]	X		X	X	
110	Entlassungsdiagnose(n)[16]	X				
111	Entlassungsgrund	X	X	X		
112	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		

[13] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.

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) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „ambulant erworbene Pneumonie“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS CAP“ (community-acquired pneumonia) genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) diagnostische und therapeutische Maßnahmen
b) Sterblichkeit während des stationären Aufenthalts.

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

a) Verbesserung der Prozessqualität
b) Verringerung der Sterblichkeit.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationären Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie (Indexbehandlungen).

(2) Belegärztlich durchgeführte Behandlungen werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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) [1]Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. [2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem aufnehmenden

Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (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. [2]Die 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 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

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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Jeweils mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser sowie der Krankenkassen muss die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie führen. [3]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [4]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [5]Im 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]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der

Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [6]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind die Auswertungen aus dem Vorjahr, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für das Erfassungsjahr 2026 finden die Regelungen über die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erhebung und Übermittlung von Daten nach Teil 1 § 15 Absatz 1 Satz 1 der Richtlinie in Verbindung mit Teil 2 QS CAP § 5 Absatz 1 und § 16 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

Anlage I: Indikatorenliste (QS CAP)

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
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 antibiotische Therapie nach Aufnahme
ID	2009
Beschreibung	Der Indikator gibt an, wie häufig eine frühe erste antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Häufig eine frühe antibiotische Therapie nach der Aufnahme durchführen
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Frühmobilisation nach Aufnahme
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
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
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
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

Kennzahlenliste Ambulant erworbene Pneumonie

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
ID	2006
Beschreibung	Die Kennzahl gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme bei Fällen, bei denen die Aufnahme nicht aus einem anderen Krankenhaus erfolgte, durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
ID	2007
Beschreibung	Die Kennzahl gibt an, wie häufig eine frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie nach der Aufnahme bei Fällen, bei denen die Aufnahme aus einem anderen Krankenhaus erfolgte, durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Immer die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie früh nach der Aufnahme durchführen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
ID	2036
Beschreibung	Die Kennzahl gibt an, wie häufig die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung ausreichend erfüllt wurden.
Qualitätsziel	Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
ID	231900
Beschreibung	Die Kennzahl gibt die Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus an (nicht risiko-adjustiert).
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus

Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS CAP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-Up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer	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	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig[1]	X	X	X	X	
11	aufnehmender Standort 6-stellig[2]	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr[3]	X		X	X	
15	Geschlecht	X	X	X		

[1] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[2] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „aufnehmender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-Up-Inform ation
16	Quartal des Aufnahmetages[4]	X		X	X	
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[5]	X	X	X	X	
18	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung		X	X		
19	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung		X	X		
20	chronische Bettlägerigkeit		X	X		
21	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, das heißt Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle		X	X	X	
22	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstrübung (zum Beispiel Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X		
23	spontane Atemfrequenz		X	X		
24	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt		X	X		
25	Blutdruck systolisch		X	X		
26	Blutdruck diastolisch		X	X		
27	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie		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 Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-Up-Inform ation
28	erste Sauerstoffsättigung		X	X		
29	erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst		X	X		
30	erste Sauerstoffsättigung unter nicht-invasiver Beatmung oder CPAP erfasst		X	X		
31	initiale antibiotische Therapie		X	X		
32	Beginn der Mobilisation		X	X		
33	maschinelle Beatmung		X	X		
34	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?		X	X	X	
35	Abstand Aufnahmedatum bis Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte[6]			X	X	
36	Abstand Dokumentation der palliativen Therapiezielsetzung in der Patientenakte bis Entlassungsdatum[7]			X	X	
37	Quartal des Entlassungstages[8]	X			X	
38	Wochentag 1 - 7[9]			X		

[6] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eintrags in der Patientenakte“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen 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 wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- Up- Inform ation
39	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[10]	X	X	X	X	
40	Entlassungsdiagnose(n)[11]	X	X	X		
41	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
42	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
43	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstrübung (zum Beispiel Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?		X	X		
44	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme		X	X		
45	spontane Atemfrequenz		X	X		
46	Herzfrequenz		X	X		
47	Temperatur		X	X		
48	Sauerstoffsättigung		X	X		
49	Blutdruck systolisch		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.

Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust. [2]Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden. [3]Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Mammachirurgie“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS MC“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Indikationsstellung
b) Prozessqualität
c) Ergebnisqualität.

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

a) Verbesserung der Indikationsstellung
b) Verbesserung der Prozessqualität
c) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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) [1]Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. [2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 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 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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Von diesen Vertreterinnen oder Vertretern sollte jeweils eine oder einer über die Bezeichnung Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie verfügen. [3]Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. [4]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [5]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [6]Im 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]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [6]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 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
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	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund
ID	212000
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden und mit Mikrokalk ohne Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund
ID	212001
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung bei Patientinnen und Patienten mit nicht tastbaren Befunden mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
Indikatortyp	Prozessindikator
4	Intraoperative Präparatebildgebung bei präoperativer mammografischer oder sonografischer Drahtmarkierung
ID	212600

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 Sonografie
Indikatortyp	Prozessindikator
5	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
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
6	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
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 Axilladissektion durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladissektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Indikationsstellung
7	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
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 einem zeitlichen Abstand von mindestens 7 Tagen zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Indikatortyp	Prozessindikator

8	Nachresektionsrate
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
Indikatortyp	Ergebnisindikator
9	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv
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 prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv
ID	212400
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, die eine prätherapeutische Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz erhalten.
Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS MC)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	Institutionskennzeichen	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
10	entlassender Standort 6-stellig[3]	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig[4]	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr[5]	X		X	X	
15	Geschlecht	X		X		
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
17	Quartal des Aufnahmetages[6]	X		X	X	
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[7]	X	X	X	X	
19	Aufnahmediagnose(n)[8]	X				
20	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
21	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[9]	X			X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
6 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ 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.
9 Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
22	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[10]	X			X	
23	Versionsnummer				X	
24	betroffene Brust / Seite	X		X	X	
25	Erkrankung an dieser Brust		X	X	X	
26	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust		X	X	X	
27	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X		
28	tastbarer Mammabefund		X	X	X	
29	Klinischer Lymphknotenbefund cN0		X	X		
30	Mikrokalk ohne Herdbefund		X	X		
31	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		X	X	X	

Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[10] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
32	Prätherapeutische Histologie		X	X	X	
33	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie		X	X		
34	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes		X		X	
35	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen[11]		X	X	X	
36	Quartal (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes[12]		X		X	
37	Ki67-Status (MIB-1-Index)			X		
38	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	X	
39	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		X	X		
40	Abstand zwischen Aufnahmedatum und		X			

[11] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat. in Tagen[13]					
41	Quartal der Diagnosemitteilung / des Therapie-Planungsgesprächs mit Pat.[14]		X			
42	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
43	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[15]	X			X	
44	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[16]	X			X	
45	Versionsnummer				X	
46	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	

[13] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[16] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
47	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X	
48	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren		X	X	X	
49	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie		X	X		
50	OP-Datum	X	X			
51	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[17]	X	X	X	X	
52	Quartal der Operation[18]	X			X	
53	Operation[19]	X	X	X	X	
54	Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde		X	X	X	
55	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie		X	X	X	
56	Postoperativer Befund: begleitendes DCIS		X	X		
57	primär-operative Therapie abgeschlossen		X	X	X	

[17] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[18] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[19] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
58	pT		X	X		
59	pN		X	X		
60	Gesamttumorgröße		X	X		
61	histologisch gesicherte Multizentrizität		X	X		
62	R0-Resektion		X	X	X	
63	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand			X	X	
64	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?		X	X		
65	brusterhaltende Therapie (BET)		X	X		
66	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X		
67	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt		X	X		
68	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz		X	X	X	
69	Entlassungsdatum Krankenhaus	X	X			

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
70	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[20]	X	X	X	X	
71	Quartal des Entlassungstages[21]	X			X	
72	Wochentag 1 - 7[22]			X		
73	Entlassungsdiagnose(n)[23]	X		X		
74	Entlassungsgrund	X		X		
75	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X		X		

[20] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[21] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[22] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[23] 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) [1]Gegenstand des Verfahrens sind gynäkologische Eingriffe. [2]Erfasst werden Operationen an den Eileitern (Tuba uterina) und Eierstöcken (Ovarien) bei Patientinnen ab 11 Jahren, die von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern oder von in diesen Krankenhäusern tätigen Belegärztinnen oder Belegärzten durchgeführt werden. [3]Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Gynäkologische Operationen“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS GYN-OP“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Indikationsstellung
b) Komplikationen
c) Prozessqualität.

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

a) Verbesserung der Indikationsstellung
b) Verbesserung der Prozessqualität
c) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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) [1]Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. [2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 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 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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 der Indexeingriff stattfand

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Darüber hinaus kann eine Fachärztin oder ein Facharzt für Pathologie von der LAG benannt werden. [3]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [4]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [5]Im 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]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist

sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [6]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 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
ID	51906
Beschreibung	Es werden alle Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei der ersten laparoskopischen bzw. einer ausschließlich laparoskopischen und abdominellen 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
ID	12874
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit einem isoliertem Ovareingriff 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
ID	10211
Beschreibung	Aus allen Patientinnen mit vollständiger Entfernung des Ovars bei (Salpingo-)Ovariektomie werden diejenigen Patientinnen betrachtet, bei denen die vollständige Entfernung des Ovars und der Adnexe ohne das Vorliegen eines pathologischen Befundes (Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zyste und der Normalbefund) durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit Entfernung des Ovars oder der Adnexe
Indikatortyp	Indikationsstellung
4	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
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 als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariektomie, 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 Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
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 als Outcome betrachtet, bei denen eine beidseitige Ovariektomie, 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
6	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
ID	612
Beschreibung	Aus allen Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre mit führendem histologischen benignen Befund oder Normalbefund, werden die Operationen als Outcome 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
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 der Tuba uterina
Indikatortyp	Prozessindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS GYN-OP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdat um				X	
9	Institutionskennzeichen	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
10	entlassender Standort 6-stellig[3]	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig[4]	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Geburtsjahr[5]	X			X	
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
16	Quartal des Aufnahmetages[6]	X		X	X	
17	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[7]	X	X	X	X	
18	Aufnahmediagnose(n)[8]	X				
19	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
20	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[9]	X			X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ 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.
[9] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
21	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[10]	X			X	
22	Versionsnummer				X	
23	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X		X	
24	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
25	Voroperation im OP-Gebiet		X	X		
26	OP-Datum	X				
27	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[11]	X		X	X	
28	Quartal der Operation[12]	X			X	
29	Operation [13]	X	X	X	X	
30	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?		X			
31	intraoperative Komplikationen			X	X	
32	Blase		X	X		

registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[10] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
33	Harnleiter		X	X		
34	Urethra		X	X		
35	Darm		X	X		
36	Uterus		X	X		
37	Gefäß-/Nervenläsion		X	X		
38	Lagerungsschaden		X	X		
39	andere Organverletzungen		X	X		
40	andere intraoperative Komplikationen		X	X		
41	postoperative Histologie		X	X	X	
42	führender Befund		X	X	X	
43	assistierte Blasenentleerung		X	X	X	
44	wiederholte Einmalkatheterisierung		X	X		
45	transurethraler Dauerkatheter		X	X		
46	suprapubischer Dauerkatheter		X	X		
47	Dauer der assistierten Blasenentleerung		X	X		
48	Entlassungsdatum Krankenhaus	X				
49	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[14]	X		X	X	
50	Quartal des Entlassungstages[15]	X			X	

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

[15] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
51	Wochentag 1 - 7[16]			X		
52	Entlassungsdiagnose(n)[17]	X	X	X		
53	Entlassungsgrund	X	X	X		
54	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		

[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der 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.

Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens ist die Erfassung von Dekubitalulcera-Grad/Kategorie 2 oder höhergradig bei Patientinnen oder Patienten ab 20 Jahren während des stationären Aufenthalts. [2]Diese werden nachfolgend als „Indexereignisse“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Dekubitusprophylaxe“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS DEK“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgenden qualitätsrelevanten Aspekt messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Neuauftreten von Dekubitalulcera während des stationären Aufenthalts.

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

a) Verbesserung der Prozessqualität
b) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär aufgetretenen Indexereignisse.

(2) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(3) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus.

(4) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexereignissen in den nach § 108 SGB V zugelassenen

Krankenhäusern einbezogen. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da die durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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) [1]Für das Verfahren werden Daten von den Krankenhäusern verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) und der Risikostatistik der Krankenhäuser verarbeitet. [2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem entlassenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) unter Berücksichtigung der Risikostatistik sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) ohne Berücksichtigung der Risikostatistik erhalten Krankenhäuser, die stationäre Leistungen erbracht haben. [2]Die 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 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 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

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

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

(1) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 das Indexereignis auftrat

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die 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. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [6]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [8]Sie leiten die Risikostatistik unverzüglich bis spätestens zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der Indexeingriffe aus dem Vorjahr sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatorenliste (QS DEK)

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)
ID	52009
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder einem Dekubitus, der hinsichtlich des Stadiums /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 Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/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 Stadium/Kategorie 4
ID	52010
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Stadium/Kategorie 4 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, als Outcome betrachtet.
Qualitätsziel	Keine neu aufgetretenen Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 4 bei vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die ohne Dekubitus Stadium/Kategorie 4 aufgenommen wurden oder für die nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste Dekubitusprophylaxe

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2
ID	52326
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Stadium/Kategorie Grad 2 oder für den nicht angegeben wurde,

	dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3
ID	521801
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus Stadium/Kategorie Grad 3 oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet
ID	521800
Beschreibung	Aus der Gesamtpopulation aller vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren aus der fallbezogenen Risikostatistik werden alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenem Dekubitus nicht näher bezeichneten Stadiums/bezeichneter Kategorie oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand, mit der Referenzpopulation verglichen.
Qualitätsziel	Möglichst wenig neu aufgetretene Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Stadium/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

Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS DEK)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
9*	Institutionskennzeichen	X			X	
10	entlassender Standort 6-stellig[3]	X	X	X	X	
11	Betriebsstätten-Nummer	X				
12	Fachabteilung	X				
13	Geburtsjahr[4]	X		X	X	
14	Geschlecht	X		X		
15	Monat des Aufnahmetages[5]	X		X	X	
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[6]	X	X	X	X	
17	Aufnahmegrund	X		X		
18	nicht spezifizierter Aufnahmegrund	X		X		
19	Monat des Entlassungstages[7]	X	X	X	X	
20	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[8]	X			X	
21	Verweildauer im Krankenhaus in Stunden[9]		X		X	
22	Entlassungsgrund	X		X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort 6-stellig“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information 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] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“ und „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
23	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X		X		
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
25	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[10]	X			X	
26	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[11]	X			X	
27	Versionsnummer				X	
28	Wievielter Dekubitus?				X	
29*	Stadieneinteilung und Lokalisation des Dekubitus	X	X	X		
30*	Seitenlokalisation	X			X	
31	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")		X	X		
32*	Diabetes Mellitus		X	X		
33*	eingeschränkte Mobilität		X	X		

[10] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[11] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
34*	eingeschränkte Mobilität - Muskelzerrung		X	X		
35*	eingeschränkte Mobilität - Verhalten		X	X		
36*	Infektion		X	X		
37*	Infektion - Pneumonie		X	X		
38*	Infektion - ARDS		X	X		
39*	Demenz und Vigilanzstörung		X	X		
40*	Inkontinenz		X	X		
41*	Untergewicht oder Mangelernährung		X	X		
42*	Adipositas		X	X		
43*	weitere schwere Erkrankungen		X	X		
44*	weitere schwere Erkrankungen - anderenorts klassifizierte Pneumonie		X	X		
45*	Dauer der Beatmung		X	X		

* Information wird in anonymisierter, aggregierter Form für die gesamte Zielpopulation des Verfahrens (also auch für Patienten ohne Dekubitus) in der Risikostatistik erfasst.

Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens sind Implantationen sowie Revisionen/Systemwechsel/Explantationen von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. [2]Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS HSMDEF“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Indikationsstellung und Systemwahl
b) Prozessqualität
c) Peri- und postoperative Komplikationen.

[2]Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. [3]Daraus 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.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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 Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V.

(2) Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) [1]Für das Verfahren werden Daten von Krankenhäusern verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Die Verarbeitung der Daten beginnt zum 1. Januar 2021.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten der Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser verarbeitet. [2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 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

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

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

(3) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für:

a) Herzschrittmacher-Implantation

b) Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

c) Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

d) 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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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 „Herzschrittmacher-Implantation“, „Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation“, „Implantierbare Defibrillatoren – Implantation“ und „Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin 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

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HSMDEF)

a) Herzschrittmacher-Implantation

Indikatorenliste

1	Leitlinienkonforme Indikation
ID	101803
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher- bzw. CRT-P-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an Herzschrittmacher-Implantationen mit bestimmten Indikationen sowie an allen CRT-P-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	**Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern**
ID	54143
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit einem Einkammersystem an allen Implantationen eines Einkammer- oder Zweikammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern und AV-Block, Schenkelblock oder Sinusknotensyndrom als führende Indikation.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Wahl eines Systems mit nicht ausschließlich rechtsventrikulärer Stimulation bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	**Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
ID	52305
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof, im rechten Ventrikel und im Bereich des linken Tawara-Schenkels.
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Indikatortyp	Ergebnisindikator

4	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
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) an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Sondendislokation oder -dysfunktion
ID	52311
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID	51191
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen, bei denen die Patientin bzw. der Patient noch im Krankenhaus verstirbt, an allen Herzschrittmacher-Implantationen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	2194
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher

Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	2195
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Herzschrittmachers, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Herzschrittmacher
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
ID	101802
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil von Herzschrittmacher-Implantationen mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Herzschrittmacher-Implantationen (außer Implantationen eines Leadless Pacemaker).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Indikatorenliste

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
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, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Herzschrittmachers.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

c) Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Indikatorenliste

1	Leitlinienkonforme Indikation
ID	50055
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator- bzw. CRT-D-Implantationen mit leitlinienkonformer Indikation an bestimmten Defibrillator-Implantationen mit primärpräventiver oder sekundärpräventiver Indikation sowie an allen CRT-D-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation zur Defibrillatoren-Implantation
Indikatortyp	Indikationsstellung
2	**Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
ID	52316
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden, deren Ergebnisse innerhalb eines festgelegten Akzeptanzbereichs liegen, an allen intraoperativen Messungen der Reizschwellen und Signalamplituden bei neu implantierten bzw. neu platzierten Sonden im Vorhof, im rechten Ventrikel und im Bereich des linken Tawara-Schenkels.
Qualitätsziel	Möglichst viele Reizschwellen- und Amplitudenmessungen mit akzeptablen Ergebnissen
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)**
ID	131802
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts) aufgetretenen, nicht sondenbedingten Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) an allen Defibrillator-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
ID	52325
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit peri- bzw. postoperativ (noch während des stationären Aufenthalts)

	aufgetretener Sondendislokation oder -dysfunktion an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen eines subkutanen ICD).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
5	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	132001
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund eines prozedurassoziierten Problems (Sonden- bzw. Taschenproblem) erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen prozedurassoziiertem Problem (Sonden- bzw. Taschenproblem) bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
ID	132002
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von Erstimplantationen eines Defibrillators, nach denen innerhalb eines Jahres ein (stationärer) Folgeeingriff aufgrund einer Infektion oder Aggregatperforation erfolgt, an allen Erstimplantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst selten Folgeeingriff wegen Infektion oder Aggregatperforation bei Patientinnen und Patienten mit implantiertem Defibrillator
Indikatortyp	Ergebnisindikator
7	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation
ID	132003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Anteil von CRT-Implantationen, bei denen die linksventrikuläre Sonde bei Entlassung aktiv ist, an allen CRT-Implantationen.
Qualitätsziel	Möglichst oft bei Entlassung aktive linksventrikuläre Sonde nach CRT-Implantation
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
ID	131803
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil von Defibrillator-Implantationen mit ausschließlichem Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden an allen Defibrillator-Implantationen (außer Implantationen eines subkutanen ICD).
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

d) Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation

Indikatorenliste

1	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
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 (inklusive Wundinfektionen) an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Möglichst wenige peri- bzw. postoperative Komplikationen während des stationären Aufenthalts
Indikatortyp	Ergebnisindikator
2	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
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, an allen Revisionen, Systemwechseln und Explantationen eines Defibrillators.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit im Krankenhaus
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HSMDEF)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Herzschrittmacher-Implantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr[8]	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Körpergröße		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
21	Körpergröße unbekannt		X	X		
22	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		
23	Körpergewicht unbekannt		X	X		
24	Quartal des Aufnahmetages[9]	X		X	X	
25	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[10]	X	X	X	X	
26	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
27	Herzinsuffizienz		X	X		
28	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation		X	X	X	
29	führendes Symptom		X	X		
30	Ätiologie		X	X	X	
31	Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation		X	X		
32	Zeit zwischen TAVI und Schrittmacherimplantation (in Tagen)[11]		X	X		
33	Datum der TAVI nicht bekannt		X	X		
34	Diabetes mellitus		X	X		
35	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X		
36	Vorhofrhythmus		X	X		

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[11] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „OP-Datum“ und „Datum der TAVI“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
37	AV-Block		X	X		
38	intraventrikuläre Leitungsstörungen		X	X		
39	QRS-Komplex		X	X		
40	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen		X	X		
41	linksventrikuläre Ejektionsfraktion		X	X		
42	LVEF nicht bekannt		X	X		
43	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der CRT-Indikationsstellung)		X	X		
44	OP-Datum	X	X			
45	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[12]	X		X	X	
46	Quartal der Operation[13]	X		X	X	
47	Operation[14]	X	X	X	X	
48	Vena cephalica		X	X		
49	Vena subclavia		X	X		
50	Vena axillaris		X	X		
51	andere		X	X		
52	System		X	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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
53	Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)		X	X	X	
54	Reizschwelle		X	X		
55	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
56	P-Wellen-Amplitude		X	X		
57	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
58	Reizschwelle		X	X		
59	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
60	R-Amplitude		X	X		
61	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
62	Reizschwelle		X	X		
63	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
64	R-Amplitude		X	X		
65	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
66	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X	
67	kardiopulmonale Reanimation		X	X	X	
68	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	X	
69	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	X	
70	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	X	
71	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	X	
72	Sonden- bzw. Systemdislokation		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
73	Sonden- bzw. Systemdysfunktion		X	X	X	
74	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
75	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle		X	X	X	
76	sonstige interventionspflichtige Komplikation		X	X	X	
77	Sondendislokation im Vorhof			X		
78	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel			X		
79	Sondendysfunktion im Vorhof			X		
80	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel			X		
81	Quartal des Entlassungstages[15]	X		X	X	
82	Wochentag 1 - 7[16]	X				
83	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[17]	X		X	X	
84	Entlassungsgrund	X	X	X		

[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[17] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
85	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		
86	Entlassungsdiagnose(n)[18]	X	X	X		

[18] 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-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr[8]	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Quartal des Aufnahmetages[9]	X		X	X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[10]	X	X	X	X	
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
23	Taschenproblem		X	X		X
24	Sondenproblem			X	X	X
25	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde		X	X		X
26	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde		X	X		X
27	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde		X	X		X
28	Indikation zur Revision/Explantation der Sonde am Leitungssystem (Conduction System Pacing)		X	X		X
29	OP-Datum	X	X			X
30	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[11]	X		X	X	
31	Quartal der Operation[12]	X		X	X	
32	letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff		X	X		
33	Operation [13]	X	X	X	X	X

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
34	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden			X	X	X
35	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X	
36	Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)			X	X	
37	Art des Vorgehens		X	X	X	X
38	Reizschwelle		X	X		
39	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
40	P-Wellen-Amplitude		X	X		
41	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
42	Art des Vorgehens		X	X	X	X
43	Reizschwelle		X	X		
44	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
45	R-Amplitude		X	X		
46	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
47	Art des Vorgehens		X	X	X	X
48	Reizschwelle		X	X		
49	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
50	R-Amplitude		X	X		
51	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
52	Quartal des Entlassungstages[14]	X		X	X	
53	Wochentag 1 - 7[15]	X				

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
54	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[16]	X		X	X	
55	Entlassungsgrund	X	X	X		
56	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		
57	Entlassungsdiagnose(n)[17]	X	X	X		

[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.

c) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr[8]	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Körpergröße		X	X		
21	Körpergröße unbekannt		X	X		
22	Körpergewicht bei Aufnahme		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
23	Körpergewicht unbekannt		X	X		
24	Quartal des Aufnahmetages[9]	X		X	X	
25	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[10]	X	X	X	X	
26	Herzinsuffizienz		X	X		
27	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
28	linksventrikuläre Ejektionsfraktion		X	X		
29	LVEF nicht bekannt		X	X		
30	Diabetes mellitus		X	X		
31	Nierenfunktion/Serum Kreatinin		X	X		
32	Besteht (nach Implantation eines ICD bzw. CRT-D und optimierter medikamentöser Therapie) eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr?		X	X		
33	indikationsbegründendes klinisches Ereignis		X	X	X	
34	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)		X	X		
35	Herzerkrankung		X	X		
36	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie		X	X		

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
37	behandelbare idiopathische Kammertachykardie		X	X		
38	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)		X	X	X	
39	Betablocker und/oder Ivabradin		X	X		
40	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer /Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitoren (ARNI)		X	X		
41	Diuretika (außer Aldosteronantagonisten)		X	X		
42	Aldosteronantagonisten		X	X		
43	SGLT2-Inhibitoren		X	X		
44	Vorhofrhythmus		X	X		
45	AV-Block		X	X		
46	QRS-Komplex		X	X		
47	OP-Datum	X	X			
48	Quartal der Operation[11]	X		X	X	
49	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[12]	X		X	X	
50	Operation [13]	X	X	X	X	
51	Vena cephalica		X	X		
52	Vena subclavia		X	X		

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „OP-Datum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[13] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
53	Vena axillaris		X	X		
54	andere		X	X		
55	System		X	X	X	
56	Sonde am Leitungssystem implantiert (Conduction System Pacing)		X	X	X	
57	Aggregatposition			X		
58	Reizschwelle		X	X		
59	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
60	P-Wellen-Amplitude		X	X		
61	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
62	Reizschwelle		X	X		
63	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
64	R-Amplitude		X	X		
65	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
66	Linksventrikuläre Sonde implantiert und aktiv?		X	X		
67	Reizschwelle		X	X		
68	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
69	R-Amplitude		X	X		
70	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
71	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X	
72	kardiopulmonale Reanimation		X	X	X	
73	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	X	
74	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
75	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	X	
76	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	X	
77	revisionsbedürftige Sondendislokation		X	X	X	
78	revisionsbedürftige Sondendysfunktion		X	X	X	
79	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
80	sonstige interventionspflichtige Komplikation		X	X	X	
81	Sondendislokation der Vorhofsonde			X		
82	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde			X		
83	Sondendislokation der linksventrikulären Sonde			X		
84	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde			X		
85	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)			X		
86	Sondendysfunktion der Vorhofsonde			X		
87	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde			X		
88	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde			X		
89	Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde			X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
90	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)			X		
91	Quartal des Entlassungstages[14]	X		X	X	
92	Wochentag 1 - 7[15]	X				
93	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[16]	X		X	X	
94	Entlassungsgrund	X	X	X		
95	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		
96	Entlassungsdiagnose(n)[17]	X	X	X		

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.

d) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Geburtsjahr[8]	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X		X		
20	Quartal des Aufnahmetages[9]	X		X	X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
21	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[10]	X	X	X	X	
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
23	Taschenproblem		X	X		X
24	Sondenproblem			X	X	X
25	OP-Datum	X	X			X
26	Quartal der Operation[11]	X		X	X	
27	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[12]	X		X	X	
28	Operation [13]	X	X	X	X	X
29	aktives System (nach dem Eingriff)		X	X	X	
30	Art des Vorgehens			X	X	X
31	explantiertes System			X	X	
32	Art des Vorgehens		X	X	X	X
33	Problem		X	X		X
34	Reizschwelle		X	X		
35	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
36	P-Wellen-Amplitude		X	X		
37	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen		X	X		
38	Art des Vorgehens		X	X	X	X
39	Problem		X	X		X

[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „OP-Datum“ 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
40	Position		X	X	X	
41	Reizschwelle		X	X		
42	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
43	R-Amplitude		X	X		
44	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
45	Art des Vorgehens		X	X	X	X
46	Problem		X	X		X
47	Position		X	X	X	
48	Reizschwelle		X	X		
49	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
50	R-Amplitude		X	X		
51	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
52	Art des Vorgehens		X	X	X	X
53	Problem		X	X		X
54	Position		X	X	X	
55	Reizschwelle		X	X		
56	Reizschwelle nicht gemessen		X	X		
57	R-Amplitude		X	X		
58	R-Amplitude nicht gemessen		X	X		
59	Art des Vorgehens		X	X	X	X
60	Problem		X	X		X
61	letzte ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff		X	X		
62	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)			X	X	
63	kardiopulmonale Reanimation		X	X	X	
64	interventionspflichtiger Pneumothorax		X	X	X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
65	interventionspflichtiger Hämatothorax		X	X	X	
66	interventionspflichtiger Perikarderguss		X	X	X	
67	interventionspflichtiges Taschenhämatom		X	X	X	
68	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
69	sonstige interventionspflichtige Komplikation		X	X	X	
70	Quartal des Entlassungstages[14]	X		X	X	
71	Wochentag 1 - 7[15]	X				
72	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[16]	X		X	X	
73	Entlassungsgrund	X	X	X		
74	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X		
75	Entlassungsdiagnose(n)[17]	X	X	X		

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.

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) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Perinatalmedizin“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS PM“ genannt.

(3) [1]Das 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. [2]Die entsprechenden Indikatoren sind in **Anlage I** aufgeführt. [3]Daraus 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
e) Abbildung des Verlegungsgeschehens von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1 500 g zur Verbesserung der Erfassung und Darstellung von Qualitätsinformationen zu Perinatalzentren.

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

(4) Bezogen auf Absatz 3 Satz 3 Buchstabe e wird unter Verwendung von Sozialdaten bei den Krankenkassen das Verlegungsgeschehen in den Perinatalzentren im Sinne der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) standortbezogen ermittelt und deskriptiv auf www.perinatalzentren.org und in den Rückmeldeberichten nach § 10 dargestellt.

§ 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) [1]Zur Beurteilung der Indexfälle werden auch assoziierte Folgeereignisse miteinbezogen (Follow-up). [2]Dies sind im Einzelnen die Sterblichkeit und die Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) der Neugeborenen.

(4) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

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

(6) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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.

(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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich 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.

(2) Die pseudonymisierten patientenidentifizierenden Daten werden von der Bundesauswertungsstelle nach spätestens 48 Monaten nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem die Geburt stattfand, gelöscht.

(3) 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) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

(2) [2]Die jeweiligen Daten nach Satz 1 Buchstaben a und b sind in der **Anlage II** festgelegt. [3]Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

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

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden bei geburtshilflichen Leistungen dem entbindenden oder ersatzweise diagnostizierenden Standort (Auswertungsstandort) und bei neonatologischen Leistungen dem entlassenden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie die länderbezogenen Auswertungen für die LAGen enthalten Daten des Vorjahres und des Vor-Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die eine geburtshilfliche oder neonatologische Leistung oder Leistungen in diesen beiden Bereichen gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien nach § 5 Absatz 2 erbracht haben. [2]Die 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 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 Behandlung stattfand

d) Darstellungen des Verlegungsgeschehens mit Informationen zur Fallidentifikation

e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

g) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen

h) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators oder der jeweiligen Kennzahl nicht erreicht wird

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

(3) Die Berichte sind differenziert zu erstellen für

a) Geburtshilfe

b) Neonatologie.

(4) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß **Anlage II Buchstabe a, b und c** 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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 die Behandlung stattfand

d) Darstellung des Verlegungsgeschehens

e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

f) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) [1]Die Follow-up-Indikatoren „Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres“ (ID 182304) und „Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres“ (ID 182305) werden zum Erfassungsjahr 2025 neu eingeführt. [2]Zur Berechnung der Indikatoren wird die QS-Dokumentation aus der geburtshilflichen Versorgung von Mutter und Kind sowie der neonatologischen Behandlung des Kindes miteinander verknüpft, auch standort- und leistungserbringerübergreifend. [3]Wird die Notwendigkeit zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens nach Teil 1 § 17 der Richtlinie aufgrund einer rechnerischen Auffälligkeit festgestellt, muss dies zunächst ohne eindeutige Zuschreibbarkeit der Ergebnisverantwortung und unter Einbeziehung möglichst aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der Behandlung beteiligt waren, erfolgen. [4]Das Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 der Richtlinie ist in modifizierter Form durchzuführen, z. B. anhand von standort- und leistungserbringerübergreifenden Fallkonferenzen. [5]Das Verfahren zur Beurteilung von Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wird für diese Fälle durch den G-BA auf der Grundlage einer Empfehlung des Instituts nach § 137a SGB V festgelegt. [6]Bis zum Erfassungsjahr 2029 werden die neu eingeführten Qualitätsindikatoren und das vom IQTIG empfohlene Stellungnahmeverfahren erprobt. [7]Für den Zeitraum der Erprobung gelten in Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der Richtlinie nicht. [8]Werden im Zeitraum der Erprobung bei der Bewertung der Auswertungen Auffälligkeiten erkannt, die einen dringenden Handlungsbedarf anzeigen, können abweichend von Satz 7 von den Fachkommissionen auch Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9 der Richtlinie empfohlen werden. [9]Für den Zeitraum der Erprobung erfolgt keine einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen der Follow-up-Indikatoren sowie Beurteilungen aus Stellungnahmeverfahren.

(3) [1]Die Ergebnisse zum Verlegungsgeschehen werden vorerst ausschließlich deskriptiv dargestellt. [2]Auf Basis der Entwicklungsleistungen des IQTIG legt der G-BA weitere Vorgaben im Hinblick auf qualitätsverbessernde Maßnahmen in Zusammenarbeit mit auffällig gewordenen Krankenhäusern fest.

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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.

(3) [1]Über die Aufgaben nach Teil 1 § 26 Absatz 3 der Richtlinie hinaus, kann dieses Expertengremium auf Bundesebene eine Arbeitsgruppe zum Qualitätsindikator „Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt“ mit folgenden Aufgaben einrichten:

1. Besprechung und Klassifizierung von sowohl direkt als auch indirekt gestationsbedingten Müttersterbefällen (in Anlehnung an die WHO-Definition)
2. Identifizierung von Risikogruppen auf Basis der todesursächlichen gestationsbedingten Diagnosen
3. Erarbeitung von generellen Handlungsempfehlungen für ein adäquates klinisches Vorgehen in kritischen Geburtssituationen und Einbringen in die klinische Fort- und Weiterbildung.

[2]Die LAGen übermitteln dem Institut nach § 137a SGB V die für die Aufgaben der Arbeitsgruppe des Expertengremiums erforderlichen Informationen aus dem Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 der Richtlinie auf Anforderung in anonymisierter Form. [3]Sofern im Einzelfall weitere Informationen notwendig sind, kann das Institut nach § 137a SGB V diese in anonymisierter Form über die LAGen nachfordern.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der

Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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) differenziert nach „Geburtshilfe“ und „Neonatologie“ für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) [1]Die Krankenkassen übermitteln die zum Zeitpunkt der Datenlieferung vorliegenden Daten gemäß **Anlage II Buchstabe c** 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). [2]Anschließend an die genannten Lieferzeiträume gibt es Prüfzeiträume bis zum 31. Juli, 31. Oktober, 15. Februar und bis zum 30. April. [3]Die Bestätigung und die Aufstellung nach Teil 1 § 16 Absatz 5 der Richtlinie ist spätestens bis zum 15. Oktober mit einer Prüffrist bis zum 31. Oktober bezogen auf das Vorjahr zu übermitteln. [4]Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach Satz 1 erfolgt erstmals im dritten Quartal 2025 für Indexfälle aus dem Jahr 2025.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind die Auswertungen aus dem Vorjahr und Auswertungen zu Indikatoren mit 365-Tage Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexfälle des Vor-Vor-Jahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS PM)

a) Geburtshilfe

Indikatorenliste

1	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung
ID	50045
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an perioperativen Antibiotikaprophylaxen bei allen Müttern mit Kaiserschnittgeburt.
Qualitätsziel	Möglichst hohe Rate an perioperativer Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittgeburt
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Kaiserschnittgeburt
ID	52249
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kaiserschnitten bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Wenig Kaiserschnittgeburten
Indikatortyp	Indikationsstellung
3	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
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
4	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
ID	51831
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
5	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

ID	318
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an anwesenden Pädiaterinnen und 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
6	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
ID	51803
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
7	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt
ID	331
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Müttersterbefällen bei allen Geburten.
Qualitätsziel	Selten mütterliche Todesfälle
Indikatortyp	Ergebnisindikator
8	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182010
Beschreibung	Der Qualitätsindikator 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
Indikatortyp	Prozessindikator

9	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182011
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst den Anteil an Kindern, die in einem Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2 hätten geboren werden müssen, bei 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.
Qualitätsziel	Häufig Geburt in der adäquaten Versorgungsstufe
Indikatortyp	Prozessindikator
10	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
ID	182014
Beschreibung	Der Qualitätsindikator 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
Indikatortyp	Prozessindikator
11	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Neugeborenen und Säuglingen innerhalb eines Jahres
ID	182304
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Totgeborenen und im Krankenhaus innerhalb des ersten Lebensjahres verstorbenen Kindern (berücksichtigt werden Sterbefälle aus dem geburtshilflichen Krankenhausaufenthalt sowie Sterbefälle aus ggf. anschließendem neonatologischen Versorgungsverlauf) bei allen Lebendgeborenen und Totgeborenen (unter Ausschluss von Totgeborenen, die vor Klinikaufnahme verstorben sind) mit einem Gestationsalter von mindestens 24 + 0 Wochen.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Indikatortyp	Ergebnisindikator
12	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (HIE) bei Reifgeborenen innerhalb eines Jahres

ID	182305
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie (HIE) (berücksichtigt werden die HIE-Fälle aus ggf. stattfindender neonatologischer Versorgung) bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter von mindestens 36 + 0 Wochen.
Qualitätsziel	Selten hypoxisch-ischämische Enzephalopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
ID	330
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
ID	321
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit einer Azidose bei allen reif- und lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Azidose bei reifen Einlingen
ID	51397
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Azidose bei allen reif- und

	lebendgeborenen Einlingen (37+0 bis unter 42+0 Wochen) mit Nabelarterien-pH-Bestimmung.
Qualitätsziel	Geringe Azidoserate bei lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
ID	181800
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Neonatologie

Indikatorenliste

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
ID	222402
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
ID	51901
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, oder an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen.

Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit, selten Hirnblutung, selten nekrotisierende Enterokolitis oder selten fokale intestinale Perforation / singuläre intestinale Perforation, selten bronchopulmonale Dysplasie oder selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie
Indikatortyp	Ergebnisindikator
3	Nosokomiale Infektion
ID	50060
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Sepsis später als 3 Tage nach Geburt oder mit 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.
Qualitätsziel	Selten nosokomiale Infektion
Indikatortyp	Ergebnisindikator
4	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
ID	50062
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
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 Aufenthaltes
Indikatortyp	Ergebnisindikator
6	Durchführung eines Hörtests
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
ID	50069
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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
ID	50074
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei allen Lebendgeborenen ohne perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) mit therapeutischer Hypothermie und 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

Kennzahlenliste

1	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)
ID	51070
Beschreibung	Die Kennzahl 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
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)
ID	51832
Beschreibung	Die Kennzahl 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 unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
ID	51837
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl 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 unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Niedrige Sterblichkeit
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)
ID	51076
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
ID	50050
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die

	während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus
ID	222200
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)
ID	51838
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
ID	51843
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)

ID	222400
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
ID	222401
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP
ID	222201
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit nekrotisierender Enterokolitis (NEK) oder mit fokaler intestinaler Perforation (FIP) / singulärer intestinaler Perforation (SIP), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, und mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP bei allen Lebendgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g.
Qualitätsziel	Selten nekrotisierende Enterokolitis (NEK) und selten fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
12	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)
ID	51077
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die

	zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
13	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
ID	50051
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und bei denen eine Sonographie durchgeführt wurde und einem Lebensalter von mindestens 21 Tagen.
Qualitätsziel	Selten zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
14	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
ID	51079
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.
Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
15	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
ID	50053
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit moderater oder schwerer bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die während des aktuellen Aufenthaltes erstmalig aufgetreten ist, bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, und mit einem Gestationsalter unter 32+0 Wochen p. m. oder einem Geburtsgewicht unter 1.500 g und die bei ihrer Entlassung mindestens 36+0 Wochen reif waren.

Qualitätsziel	Selten bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
16	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)
ID	51078
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst den Anteil an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
17	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
ID	50052
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Anzahl an Kindern mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) über 2 bei allen Lebendgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik (externer Kinderklinik oder externer Klinik als Rückverlegung) behandelt wurden, oder zuverlegte Kinder, die bei Aufnahme nicht älter als 48 Stunden sind, und mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen p. m., die bei Entlassung mindestens 36 Lebenstage aufweisen und bei denen ein ROP-Screening im aktuellen Aufenthalt durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Selten höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS PM)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Geburtshilfe

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X	X		X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes[5]	X	X		X	
12	Nachname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
13	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes[6]	X	X		X	
14	Vorname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
15	Institutionskennzeichen	X			X	
16	entlassender Standort 6-stellig[7]	X	X	X	X	
17	entbindender Standort 6-stellig[8]	X	X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“ und „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“, „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ und „Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der 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 denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entbindender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
18	diagnostizierender Standort 6-stellig[9]	X	X	X		
19	Betriebsstätten-Nummer	X				
20	Fachabteilung	X				
21	Geburtsnummer			X		
22	Anzahl Mehrlinge	X	X	X		
23	Versorgungsstufe	X	X	X		
24	Geburtsjahr[10]	X		X	X	
25	Aufnahmedatum Krankenhaus	X	X			
26	Quartal des Aufnahmetages[11]	X		X	X	
27	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[12]		X	X	X	
28	Aufnahmeuhrzeit	X		X		
29	Aufnahmediagnose Mutter[13]	X		X		
30	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit[14]	X				
31	5-stellige PLZ des Wohnortes		X			

[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „diagnostizierender Standort (ICD)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum der Schwangeren“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum der Schwangeren“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.
[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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
32	Postleitzahl 4-stellig[15]		X			
33	Postleitzahl 3-stellig[16]		X			
34	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften		X	X	X	
35	Anzahl Lebendgeburten		X	X		
36	Anzahl Totgeburten		X	X		
37	Befunde im Mutterpass vorhanden			X	X	
38	Befunde im Mutterpass[17]		X	X	X	
39	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung		X	X		
40	Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt		X	X	X	
41	Diagnosetest auffällig		X	X		
42	Körpergewicht bei Erstuntersuchung		X	X		
43	Körpergröße		X	X		
44	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin		X	X	X	
45	Klinisches Gestationsalter		X	X		
46	Aufnahmeart		X	X		
47	Muttermundsweite bei Aufnahme		X	X		
48	Antenatale Kortikosteroidtherapie		X	X		

[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „5-stellige PLZ des Wohnortes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „5-stellige PLZ des Wohnortes“ die notwendige Information erfasst, aus der 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
49	Aufnahme-CTG		X	X		
50	Geburtsrisiken			X	X	
51	Geburtsrisiko[18]		X	X		
52	Geburtseinleitung		X	X		
53	Wehenmittel s. p.		X	X		
54	Episiotomie			X		
55	Dammriss		X	X		
56	Blutung > 1000 ml			X		
57	Hysterektomie/Laparotomie		X	X		
58	Sepsis		X	X		
59	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.		X	X		
60	Anämie Hb < 10 g/dl		X	X		
61	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen		X	X	X	
62	Pneumonie			X		
63	kardiovaskuläre Komplikation(en)			X		
64	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			X		
65	Lungenembolie			X		
66	Harnwegsinfektion			X		
67	Wundinfektion/Abszessbildung			X		
68	Wundhämatom/Nachblutung			X		
69	sonstige Komplikation			X		

[18] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
70	Entlassungs- /Verlegungsdiagnose Mutter[19]	X		X		
71	weitere kombinierte Entlassungs- /Verlegungsdiagnose Mutter[20]	X		X		
72	Entlassungsgrund Mutter	X	X	X	X	
73	nicht spezifizierter Entlassungsgrund Mutter	X	X	X	X	
74	Entlassungsdatum Mutter	X				
75	Quartal des Entlassungstages[21]	X		X	X	
76	Wochentag 1 - 7[22]			X		
77	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[23]	X		X	X	
78	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt		X	X		
79	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	

[19] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.
[20] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.
[21] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Mutter“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[22] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Mutter“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[23] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
80	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[24]	X			X	
81	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[25]	X			X	
82	Versionsnummer				X	
83	lfd. Nr. des Mehrlings	X	X		X	
84	CTG-Kontrolle		X	X	X	
85	externes CTG		X	X		
86	internes CTG		X	X		
87	Blutgasanalyse Fetalblut			X	X	
88	Base Excess der Fetalblutanalyse			X		
89	pH-Wert der Fetalblutanalyse			X		
90	Lage		X	X		
91	Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode		X	X		
92	Geburtsmodus		X	X	X	

[24] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[25] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
93	Indikation zur operativen Geburt[26]		X	X		
94	Kaiserschnittgeburt unter Antibiotika (Mutter)		X	X		
95	Notsektio		X	X	X	
96	Hauptindikation bei Notsektio		X	X		
97	E-E-Zeit bei Notsektio		X	X		
98	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend		X	X		
99	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen			X		
100	Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und Eintreffen des Pädiaters (in Minuten)[27]		X	X		
101	Abstand zwischen Aufnahmeuhrzeit und Eintreffen des Pädiaters (in Minuten)[28]		X	X		
102	Geburtsdatum des Kindes	X	X	X		
103	Abstand Geburtsdatum - Errechneter Termin in Tagen[29]	X	X	X	X	

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

[27] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Datum“ und „Uhrzeit“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[28] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit“, „Datum“ und „Uhrzeit“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[29] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“ und „berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
104	postpartale Verweildauer der Mutter (in Tagen)[30]	X		X	X	
105	Quartal des Geburtstages des Kindes[31]	X		X	X	
106	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten[32]	X	X		X	
107	Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie (in Minuten)[33]		X	X		
108	Uhrzeit der Geburt	X	X	X		
109	Geburtsort des Kindes	X	X		X	
110	Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
111	Bundesland des Geburtsortes	X	X		X	
112	Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
113	Geschlecht des Kindes	X	X	X		
114	APGAR [nach 1 min]			X		
115	APGAR [nach 5 min]		X	X		
116	APGAR [nach 10 min]			X		

[30] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Mutter“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[31] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[32] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[33] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“, „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“, „Geburtsdatum des Kindes“ und „Uhrzeit der Geburt“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
117	Gewicht des Kindes	X	X	X		
118	Kopfumfang des Kindes	X	X	X		
119	Allgemeinanästhesie		X	X		
120	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie			X	X	
121	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X		
122	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie		X	X		
123	Volumensubstitution			X		
124	Pufferung		X	X		
125	Maskenbeatmung		X	X		
126	O2-Anreicherung		X	X		
127	Fehlbildungen vorhanden		X	X		
128	Art der Fehlbildung[34]		X	X		
129	Totgeburt		X	X	X	
130	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt		X	X		
131	Todeszeitpunkt bei Totgeburt		X	X		
132	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		X	X		
133	Kind in Kinderklinik verlegt	X	X	X		
134	Entlassungs- /Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	X	X			

[34] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
135	Entlassungsquartal Kind[35]	X		X	X	
136	Entlassungswochentag Kind (Wochentag 1 -7)[36]	X		X		
137	postpartale Verweildauer des Kindes (in Tagen)[37]			X	X	
138	Abstand zwischen Geburt und Entlassung des Kindes (in Minuten)[38]				X	
139	Entlassungs- /Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind	X	X			
140	Entlassungs- /Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind[39]	X	X	X		
141	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	X	X	X	X	
142	nicht spezifizierter Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	X	X	X	X	
143	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X		
144	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage		X	X		

[35] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[36] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[37] 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.
[38] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum des Kindes“, „Uhrzeit der Geburt“, „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ und „Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[39] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
145	Todesursache des lebendgeborenen Kindes[40]			X		
146	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	X				
147	Abstand Todesdatum - Geburtsdatum (in Tagen)[41]			X	X	

[40] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert.
[41] 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.

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Neonatologie

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der	X	X		X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	Krankenkasse der Versichertenkarte[3]					
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes[5]	X	X		X	
12	Nachname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
13	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes[6]	X	X		X	
14	Vorname der Mutter liegt nicht vor	X	X		X	
15	Institutionskennzeichen	X			X	
16	entlassender Standort 6-stellig[7]	X	X	X	X	
17	aufnehmender Standort 6-stellig[8]	X	X	X		
18	Betriebsstätten-Nummer	X				
19	Fachabteilung	X	X			

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besonderer Personenkreis“ und „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“, „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ und „Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der 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 denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „aufnehmender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
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	Lebenstage des Kindes bei Entlassung aus dem Krankenhaus (in Tagen)[9]		X	X	X	
29	Alter bei Aufnahme in Stunden[10]	X	X	X	X	
30	Geburtsjahr[11]	X		X	X	
31	Geburtsdatum des Kindes bei GKV-Versicherten[12]	X	X		X	
32	Uhrzeit der Geburt	X	X			

[9] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[10] In der 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.

[11] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[12] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
33	Geburtsort des Kindes	X	X		X	
34	Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
35	Bundesland des Geburtsortes	X	X		X	
36	Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	X	X		X	
37	Gewicht des Kindes bei Geburt	X	X	X		
38	Wo wurde das Kind geboren?	X	X	X	X	
39	Transport zur Neonatologie		X	X		
40	primär palliative Therapie (ab Geburt)		X	X	X	
41	Kind im Kreißsaal verstorben			X	X	
42	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	X	X	X		
43	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in das Krankenhaus (in Tagen)[13]		X	X	X	
44	Monat des Aufnahmetages[14]	X		X	X	
45	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	X	X			
46	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	X	X			

[13] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
47	Lebenstage des Kindes bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung[15]	X	X	X	X	
48	Abstand zwischen Aufnahmezeitpunkt und Aufnahme in die pädiatrische Abteilung (in Minuten)[16]				X	
49	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	X	X			
50	Aufnahme ins Krankenhaus von		X	X	X	
51	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	X	X	X		
52	Gewicht bei Aufnahme	X	X	X		
53	Kopfumfang bei Aufnahme		X	X		
54	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt		X	X		
55	Körpertemperatur bei Aufnahme		X	X		
56	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt		X	X		
57	angeborene Erkrankungen		X	X	X	
58	Diagnose der angeborenen Erkrankung[17]		X	X		

[15] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“, „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“, „Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung“ und „Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)“ 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
59	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden		X	X	X	
60	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie		X	X	X	
61	Status bei Aufnahme		X	X		
62	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)		X	X	X	
63	Status bei Aufnahme		X	X		
64	ROP-Screening durchgeführt/vorhanden		X	X	X	
65	Datum des ersten ROP-Screenings		X	X		
66	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)		X	X	X	
67	ROP-Status bei Aufnahme		X	X		
68	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)		X	X	X	
69	Beginn		X	X		
70	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Sauerstoffgabe (in Tagen)[18]		X	X	X	
71	endgültige Beendigung		X	X		
72	Lebenstage des Kindes bei Ende der Sauerstoffgabe (in Tagen)[19]		X	X	X	

[18] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[19] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „endgültige Beendigung“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
73	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt		X	X	X	
74	Beginn	X	X	X		
75	Lebenstage des Kindes bei Beginn der Beatmung (in Tagen)[20]	X	X	X	X	
76	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	X	X	X		
77	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung (in Tagen)[21]	X	X	X	X	
78	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	X	X	X		
79	Lebenstage des Kindes bei Beendigung der Beatmung incl. CPAP (in Tagen)[22]	X	X	X	X	
80	Pneumothorax		X	X	X	
81	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax		X	X		
82	Behandlung des Pneumothorax		X	X		
83	moderate oder schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD)		X	X		
84	Status bei Aufnahme		X	X		

[20] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Beginn“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[21] 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.
[22] 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
85	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)		X	X	X	X
86	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)		X	X		X
87	Sepsis		X	X	X	
88	Datum des Sepsis-Beginns		X	X		
89	Pneumonie		X	X	X	
90	Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn[23]		X	X	X	
91	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)		X	X	X	
92	Status bei Aufnahme		X	X		
93	fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)		X	X		
94	Status bei Aufnahme		X	X		
95	Neugeborenen-Hörscreening		X	X		
96	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)		X	X		
97	OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)		X	X		
98	OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen		X	X		

[23] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum des Pneumonie-Beginns“ und „Geburtsdatum des Kindes“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
	intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)					
99	OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus		X	X		
100	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	X	X	X		X
101	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[24]	X	X	X	X	
102	Monat des Entlassungstages[25]	X		X	X	
103	Abstand zwischen Aufnahmezeitpunkt ins Krankenhaus und Entlassungs- /Todeszeitpunkt[26]				X	
104	Entlassungsuhrzeit/Todeszei tpunkt	X			X	
105	Körpergewicht bei Entlassung	X	X	X		
106	Kopfumfang bei Entlassung		X	X		
107	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt		X	X		

[24] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[25] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[26] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)“, „Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)“, „Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum“ und „Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
108	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf		X	X		
109	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung		X	X		
110	Entlassungsgrund	X	X	X	X	X
111	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
112	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	X		X	X	
113	Todesursache		X	X		
114	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)[27]	X	X	X		

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-iden-tifika-tion	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung1	Datenfelder für die Basisauswertung[2]	Technische und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[3]	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
1	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X		X		
2	Geburtsdatum des Versicherten	Stamm@gebdatum	X	X			
3	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
4	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag	Stamm@versicherungsdatum		X		X	

[1] Im Rahmen der Darstellung des Verlegungsgeschehens von Frühgeborenen unter 1.500 g (deskriptiv) werden weder Indikatoren noch Kennzahlen berechnet, sondern Qualitätsinformationen dargestellt.
[2] Im Rahmen der Darstellung des Verlegungsgeschehens von Frühgeborenen unter 1.500 g in der Neonatologie (deskriptiv) wird unter dem Verwendungszweck „Basisauswertung“ Folgendes verstanden: Datenfelder, die für die Verknüpfung von verlegten Fällen notwendig sind sowie Datenfelder, die zur Validierung (chronologisch korrekte Darstellung) von möglichen Verlegungsketten notwendig sind.
[3] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-iden-tifika-tion	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung1	Datenfelder für die Basisauswertung[2]	Technische und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[4]						
5	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus		X		X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
1	Angabe der Quelle des Datensatzes[5]	source(301)@quelle				X	
2	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[6]	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[7]	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland				X	
4	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
5	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Sta		X			

[4] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[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.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-iden-tifika-tion	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung1	Datenfelder für die Basisauswertung[2]	Technische und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		ndortnummer@nummer					
6	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		
7	Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X	X		
8	Aufnahmeuhrzeit des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmeuhrzeit@aufnzeit			X		
9	Aufnahmegewicht in Gramm	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegewicht@gewicht	X	X	X		
10	Entlassungs- bzw. Verlegungstag des Patienten	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum	X		X		X
11	Entlassungs- bzw. Verlegungsuhrzeit des Patienten	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit@entlzeit			X		
12	Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-		X			X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-iden-tifika-tion	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung1	Datenfelder für die Basisauswertung[2]	Technische und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
		/Verlegungsgrund@entlgrund					
13	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung		X			
14	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X			X
15	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
16	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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-iden-tifika-tion	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung1	Datenfelder für die Basisauswertung[2]	Technische und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
17	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
18	Liste der Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behandlungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer gemeinsam mit Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X			X

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fall-iden-tifika-tion	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung1	Datenfelder für die Basisauswertung[2]	Technische und anwen-dungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
19	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

Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand 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. [2]Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Hüftgelenkversorgung“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS HGV“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Indikationsstellung
b) Peri- und postoperative Komplikationen inklusive Sterblichkeit
c) Prozessqualität
d) Gehfähigkeit bei Entlassung aus der stationären Behandlung
e) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

[2]Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in **Anlage I** aufgeführt. [3]Daraus 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.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

[2]Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstabe a, b und c festgelegt. [3]Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. [4]Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2021. [5]Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die jährlichen Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten zu Indikatoren und Kennzahlen mit 30-Tage, 90-Tage und 365-Tage-Follow-up-Zeitraum mit Bezug zu einem Indexeingriff aus dem Vorjahr oder Vor-Vorjahr auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und Follow-up-Kennzahlen
   - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
   - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
   - mit Bezug zum Jahr, in das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt

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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 für in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patientinnen und Patienten Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und Follow-up-Kennzahlen
   - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
   - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
   - mit Bezug zum Jahr, in das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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.

[2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten für die Hüftendoprothesenversorgung gemäß Anlage II Buchstabe a unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten nach erfolgter Pseudonymisierung an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten zu hüftgelenknahen Femurfrakturen mit osteosynthetischer Versorgung gemäß Anlage II Buchstabe b unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Bundesauswertungsstelle weiter. [8]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 „Hüftendoprothesen-Erstimplantation“, „Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“ und „Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin 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

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahllisten (QS HGV)

a) Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Indikatorenliste

1	Präoperative Verweildauer
ID	54030
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn (=präoperative Verweildauer).
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
2	**Gehunfähigkeit bei Entlassung**
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

Kennzahlenliste

1	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf
ID	542603
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	**Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf**
ID	542600

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen
ID	542606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten nach osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Hüftendoprothesenversorgung

Indikatorenliste

1	Präoperative Verweildauer
ID	54003
Beschreibung	Der Indikator erfasst den Zeitraum zwischen dem Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus bzw. dem Zeitpunkt eines Inhouse-Sturzes und dem Operationsbeginn (=präoperative Verweildauer).
Qualitätsziel	Kurze präoperative Verweildauer
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Gehunfähigkeit bei Entlassung
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

3	Kein Treppensteigen bei Entlassung
ID	192300
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die vor der Krankenhausaufnahme Treppensteigen konnten und die Fähigkeit zum Treppensteigen zur Entlassung aus dem Krankenhaus nicht wiedererlangt haben.
Qualitätsziel	Möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten beim Hinauf- und Hinabsteigen einer Treppe zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Versorgung
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf
ID	192600
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	192601
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
ID	192602

Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf
ID	192603
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	192604
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
ID	192605
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation

Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	192607
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation oder Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
8	Sterblichkeit bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen
ID	192606
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
9	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	192608
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
10	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
ID	192610
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.

Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
11	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur im Verlauf
ID	192609
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen nach endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS HGV)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	
8	Dokumentationsabschlussda tum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.				X	
13	Institutionskennzeichen	X			X	
14	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
15	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
16	Betriebsstätten-Nummer	X				
17	Fachabteilung	X				
18	Aufnahmedatum Krankenhaus		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
19	Quartal des Aufnahmetages[8]	X		X	X	
20	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[9]	X	X	X	X	
21	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X		
22	Aufnahmegrund	X		X		
23	nicht spezifizierter Aufnahmegrund	X		X		
24	Geburtsjahr[10]	X	X	X	X	
25	Geschlecht	X	X	X		
26	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
27	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
28	Treppensteigen vor Aufnahme		X	X		
29	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes[11]	X			X	X
30	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	

[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
31	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[12]	X			X	
32	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[13]	X			X	
33	Versionsnummer				X	
34	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X	X	X	
35	initial/vor dem Eingriff vorliegende Acetabulumfraktur		X	X		
36	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
37	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		X
38	Art des Eingriffs		X	X	X	X
39	Datum des Eingriffs	X	X			X
40	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[14]	X	X	X	X	

[12] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[13] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[14] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
41	Quartal der Operation[15]	X		X	X	
42	Praeoperative Verweildauer in Minuten[16]	X	X	X	X	
43	Beginn des Eingriffs		X	X		
44	Prozedur(en)[17]		X	X	X	
45	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
46	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[18]	X			X	
47	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[19]	X			X	
48	Versionsnummer				X	

[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ 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.

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[19] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
49	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
50	Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?				X	
51	Koxarthrose		X	X		
52	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X		
53	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes		X	X	X	
54	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X			
55	Zeitpunkt der Fraktur		X			
56	Frakturlokalisation		X	X	X	
57	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X		
58	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X	
59	Thrombozytenaggregations hemmer		X	X		
60	Vitamin-K-Antagonisten		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
61	DOAK/NOAK		X	X		
62	Sonstige		X	X		
63	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
64	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[20]	X			X	
65	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[21]	X			X	
66	Versionsnummer				X	
67	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
68	Wievielte elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X	
69	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X	X	

[20] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[21] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
70	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
71	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[22]	X			X	
72	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[23]	X			X	
73	Versionsnummer				X	
74	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	
75	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X	
76	Implantatbruch		X	X		X
77	Implantatabrieb/-verschleiß		X	X		X
78	Implantatfehllage der Pfanne		X	X		X
79	Implantatfehllage des Schafts		X	X		X

[22] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[23] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
80	Lockerung der Pfannenkomponente		X	X		X
81	Lockerung der Schaftkomponente		X	X		X
82	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantat ion		X	X		X
83	primäre Implantatfehllage		X	X		
84	sekundäre Implantatdislokation		X	X		
85	revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion oder Serom		X	X		
86	Wunddehiszenz		X	X		
87	sekundäre Nekrose der Wundränder		X	X		
88	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
89	Wundinfektionstiefe		X	X		
90	Gehstrecke bei Entlassung		X	X		
91	Gehhilfen bei Entlassung		X	X		
92	Treppensteigen bei Entlassung		X	X		
93	Quartal des Entlassungstages[24]	X		X	X	
94	Wochentag 1 - 7[25]			X		

[24] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[25] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
95	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[26]	X	X	X	X	
96	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
97	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
98	Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X		
99	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt		X	X	X	
100	Entlassungsdiagnose(n)[27]	X	X	X	X	
101	Schlaganfall		X	X		X
102	Infektion am Gelenk		X	X		X
103	behandlungsbedürftige kardiale Komplikation(en)		X	X		X
104	Lungenembolie		X	X		X
105	Mechanische Komplikation		X	X		X
106	akute Niereninsuffizienz		X	X		X
107	Pneumonie		X	X		X
108	Endoprothesen(sub)luxation		X	X		X
109	Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X		X

[26] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	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	Institutionskennzeichen	X			X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
10	entlassender Standort 6-stellig[3]	X	X	X	X	
11	behandelnder Standort 6-stellig[4]	X	X	X		
12	Betriebsstätten-Nummer	X				
13	Fachabteilung	X				
14	Aufnahmedatum Krankenhaus		X	X		
15	Quartal des Aufnahmetages[5]	X		X	X	
16	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[6]	X	X	X	X	
17	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		X	X		
18	Geburtsjahr[7]	X	X	X	X	
19	Geschlecht	X	X	X		
20	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?		X	X		
21	vorbestehende Koxarthrose		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information 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 In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
22	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes			X	X	
23	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	X	X			
24	Zeitpunkt der Fraktur		X	X		
25	Frakturlokalisation		X	X	X	
26	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		X	X		
27	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		X	X	X	
28	Thrombozytenaggregations hemmer		X	X		
29	Vitamin-K-Antagonisten		X	X		
30	DOAK/NOAK		X	X		
31	Sonstige		X	X		
32	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
33	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)		X	X		
34	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
35	Wundkontaminationsklassifi kation		X	X		
36	Datum des Eingriffs		X	X		

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow-up-Inform ation
37	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[8]	X		X	X	
38	Quartal der Operation[9]	X		X	X	
39	Praeoperative Verweildauer in Minuten[10]	X	X	X	X	
40	Beginn des Eingriffs		X	X		
41	Prozedur(en)[11]	X		X		
42	primäre Implantatfehllage		X	X		
43	sekundäre Implantatdislokation		X	X		
44	revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss		X	X		
45	Wunddehiszenz		X	X		
46	sekundäre Nekrose der Wundränder		X	X		
47	postoperative Wundinfektion		X	X	X	
48	Wundinfektionstiefe		X	X		
49	Gehstrecke bei Entlassung		X	X		
50	Gehhilfen bei Entlassung		X	X		

[8] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[10] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Aufnahmedatum Krankenhaus“, „Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus“, „Datum des Eingriffs“, „Beginn des Eingriffs“, „Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)“ und „Zeitpunkt der Fraktur“ 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.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
51	Quartal des Entlassungstages[12]	X		X	X	
52	Wochentag 1 - 7[13]			X		
53	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[14]	X		X	X	
54	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
55	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
56	Entlassung in die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung		X	X	X	
57	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung intern durchgeführt		X	X	X	
58	Entlassungsdiagnose(n)[15]	X	X	X		
59	Schlaganfall		X	X		X
60	Infektion am Gelenk		X	X		X
61	behandlungsbedürftige kardiale Komplikation(en)		X	X		X
62	Lungenembolie		X	X		X
63	mechanische Komplikation		X	X		X
64	akute Niereninsuffizienz		X	X		X
65	Pneumonie		X	X		X

[12] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der 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] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[15] 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	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenf elder für die Indikat or- oder Kennza hlberec hnung	Datenf elder für die Basisau swertu ng	Technis che und anwen dungsb ezogen e Gründe	Follow- up- Inform ation
66	Bein- /Beckenvenenthrombose		X	X		X

c) Sozialdaten bei den Krankenkassen gemäß § 299 Absatz 1a SGB V – Hüftgelenkversorgung

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X	X		X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht		X	X		
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X		
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X	X	X	X
9	Stichtag des	Stamm@versich				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[1]	erungsdatum					
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[2]	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungs-erbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art			X	X	
13	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	
14	IK der behandelnden	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK			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] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfel der für die Indikator - oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Einrichtung	des Absenders@nummer					
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer			X	X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum		X		X	X
17	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		X
18	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
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrun		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	d@entlgrund					
20	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behand-lungsrelevante 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
21	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
22	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdia-gnosen werden	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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnose geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
23	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
24	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 Sekundärdiagnose zu liefern	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
25	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
26	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
27	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation;	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@o	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	ps					
29	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisation		X			
30	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X		X
31	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x, 23x)[4]	inpatient_interrupt(301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund)@khunterbrechung			X		
32	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fach abteilung@fachabteilung			X		
§ 301 (Ambo)							
33	Angabe der Quelle des Datensatzes[5]	source(kh_ambo)@quelle				X	
34	Art der Identifikationsnummer des	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.I				X	

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	K des Absenders)@art					
35	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[6]	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
36	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
37	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante Operationen.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum		X			X
38	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Se-kundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag-nose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	X	X

6 Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
39	Seitenlokalisation der Behandlungsdiagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
40	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	X	X
41	Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
42	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum		X		X	X
43	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.P		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	rozedur.Prozedurenschlüssel@ops					
44	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisation		X			
45	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
46	Angabe der Quelle des Datensatzes[7]	source(295k)@quelle				X	
47	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[8]	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
48	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[9]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
49	BSNR des Sitzes	295k.INL.1/1.2	X	X			

[7] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[8] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[9] 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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	des behandelnden Arztes	@nummer					
50	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
51	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X				
52	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		X
53	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation		X			
54	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
55	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm		X	X		X
56	Datum der GO-Nr. ACHTUNG:	295k.LED.5/5.3.2@datum		X		X	X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!						
57	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich BSNR)	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X				
58	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (NBSNR)[10]	cp_type(295k.LED.5/5.2.1)@art				X	
59	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR[11]	kv_key(295k.LED.5/5.2.1)@kvregion				X	
60	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops		X	X		X
61	Seitenlokalisation der durchgeführten OP	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.2@lokalisation		X			

[10] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der NBSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[11] Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfel der für die Indikator - oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
§ 295 (selektivvertraglich)							
62	Angabe der Quelle des Datensatzes[12]	source(295s)@quelle				X	
63	Erster Tag des Abrechnungszeit-raums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				
64	Letzter Tag des Abrechnungszeit-raums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
65	Art der Iden-tifikations-nummer des Leistungser-bringers (BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
66	KV-Region der Praxis aus 1. und	kv_key(295s.Erbrachte				X	

[12] 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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	2. Stelle der BSNR[13]	Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion					
67	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
68	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland				X	
69	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
70	Institu-	295s.Erbrachte	X	X			

[13] 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	5
			Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	tionskennzeichen des Leistungserbringers	Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer					
71	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
72	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X			X	
73	Seitenlokalisation der durchgeführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisation@lokalisation	X	X	X		X
74	Liste der ICD-Schlüssel gemäß Spezifikation (grundsätzlich	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfel der für die Indikator - oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	aktueller Schlüssel nach § 295 SGB V)	.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd					
75	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose .6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
76	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose .6/6.2.4 Diagnosedatum @datum	X			X	
77	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose .6/6.2.3 Seitenlokalisation@lokalisation	X	X	X		X
§ 300 (Apotheken)							
78	Angabe der Quelle des Datensatzes[14]	source(300)@quelle				X	
79	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	

[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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfel der für die Indikator - oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	(IKNR/BSNR)[15]						
80	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[16]	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
81	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
82	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			
83	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkenn-zeichen oder Hilfsmittelnummer)	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder			X		
84	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkenn-zeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp @kennzeichentyp				X	
85	Anzahl der verordneten	300.EFP.03 Anzahl		X	X		

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Einheiten	Einheiten@anzahl					
86	Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet		X	X		

Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens sind Erstimplantationen von Knieendoprothesen, unikondylären Schlittenprothesen sowie Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. [2]Diese Eingriffe werden nachfolgend als „Indexeingriffe“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Knieendoprothesenversorgung“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS KEP“ genannt.

(3) [1]Das Verfahren soll insbesondere folgende qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

a) Peri- und postoperative Komplikationen inklusive Sterblichkeit
b) Frühzeitiger Wechsel der Endoprothesen oder von Komponenten.

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

a) Verringerung von Komplikationsraten während und nach den Eingriffen
b) Verbesserung der Ergebnisqualität.

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

§ 2 Eckpunkte

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

(2) Belegärztlich durchgeführte Indexeingriffe werden dem Krankenhaus zugeordnet.

(3) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(4) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus nach dem Indexeingriff.

(5) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Bis 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

[1]Es 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. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da ein Teil der durch die Indikatoren erfassten Ereignisse hoch relevant, jedoch selten und hinsichtlich ihres Eintritts nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 36 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexeingriff stattfand, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet

a) von den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

[2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II** Buchstabe a und b festgelegt. [3]Diese beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. [4]Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2021. [5]Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten der Krankenkassen.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die jährlichen Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser enthalten Daten zu Indikatoren mit 30-Tage, 90-Tage und 365-Tage Follow-up-Zeitraum mit Bezug zu einem Indexeingriff aus dem Vorjahr oder Vor-Vorjahr auf Basis von QS-Dokumentation und von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie insgesamt drei vierteljährliche Rückmeldeberichte (Zwischenberichte) erhalten Krankenhäuser, die einen Indexeingriff erbracht haben. [2]Die 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 Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) 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 das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt

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

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

(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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die 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 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 das der berichtete Follow-up-Zeitraum ganz oder teilweise fällt

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird.

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die 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. [2]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein

Mitberatungsrecht erhalten. [3]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [4]Im 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) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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 „Knieendoprothesen-Erstimplantation“ und „Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel“, für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt der Datenannahmestelle die Zwischenberichte nach § 10 zum 15. Juli (Quartal 1), 30. September (Quartal 1 und Quartal 2), 31. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) und 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4, als Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) zur Verfügung.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die 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. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin 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

Der G-BA beschließt spätestens bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze.

§ 19 Übergangsregelung

Für das Erfassungsjahr 2026 sind die als Indikatoren bezeichneten Werte Kennzahlen.

Anlage I: Kennzahlenliste (QS KEP)

1	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	202601
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
ID	202602
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst allgemeine Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer allgemeinen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	202604
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einer elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
ID	202605
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst spezifische, chirurgische Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit einem

	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die während oder nach der Operation innerhalb des definierten Follow-up-Zeitraums aufgetreten sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen Komplikation
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen
ID	202607
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst die Patientinnen und Patienten mit elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation oder Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel, die bis zum 90. postoperativen Tag verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst wenig verstorbene Patientinnen und Patienten
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation im Verlauf
ID	202608
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
ID	202610
Beschreibung	Die Transparenzkennzahl erfasst ungeplante, nicht frakturbedingte Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 365 Tagen und frakturbedingte innerhalb von 90 Tagen nach Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel.
Qualitätsziel	Möglichst wenig Patientinnen und Patienten mit frühzeitigen Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS KEP)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer – Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschließlich unikondylärer Schlittenprothesen, Knieendoprothesen-Wechsel und – Komponentenwechsel)

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Basis]				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1] [Basis]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID[2] (GUID) [Basis]	X			X	
4	Versionsnummer [Basis]				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
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[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X	X		X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X	X		X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig[6]	X	X	X	X	
14	behandelnder Standort 6-stellig[7]	X	X	X		
15	Betriebsstätten-Nummer	X				
16	Fachabteilung	X				

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der 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.

[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „behandelnder Standort (OPS)“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
17	Quartal des Aufnahmetages[8]	X		X	X	
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[9]	X	X	X	X	
19	Aufnahmegrund	X		X		
20	nicht spezifizierter Aufnahmegrund	X		X		
21	Geburtsjahr[10]	X	X	X	X	
22	Geschlecht	X	X	X		
23	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes[11]	X			X	X
24	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Prozedur]				X	
25	Vorgangsnummer und Datensatz-ID [Prozedur][12]	X			X	

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

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

10 In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ 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] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
26	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID) [Prozedur][13]	X			X	
27	Versionsnummer [Prozedur]				X	
28	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?		X	X	X	
29	Einstufung nach ASA-Klassifikation		X	X		
30	Wundkontaminationsklassifikation		X	X		X
31	Art des Eingriffs		X	X	X	X
32	Datum des Eingriffs	X	X			X
33	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen[14]	X	X	X	X	
34	Quartal der Operation[15]	X		X	X	
35	Prozedur(en)[16]		X	X	X	

[13] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[14] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Entlassungsdatum Krankenhaus“ und „Datum des Eingriffs“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum des Eingriffs“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[16] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
36	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Knieendoprothesen-Erstimplantatation]				X	
37	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[17] [Knieendoprothesen-Erstimplantatation]	X			X	
38	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID[18] (GUID) [Knieendoprothesen-Erstimplantatation]	X			X	
39	Versionsnummer [Knieendoprothesen-Erstimplantatation]				X	
40	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes				X	

[17] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[18] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	[Knieendoprothesen-Erstimplantatation]					
41	Wievielte Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?				X	
42	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode) [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X	
43	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[19] [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X	
44	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID[20] (GUID) [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]	X			X	

[19] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[20] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz bzw. Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
45	Versionsnummer [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X	
46	Wert des eindeutigen Bogenfeldes des Mutterteildatensatzes [Wechsel bzw. Komponentenwechsel]				X	
47	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?				X	
48	revisionsbedürftige prolongierte Wundsekretion, Serom oder Gelenkerguss		X	X		
49	Wunddehiszenz		X	X		
50	sekundäre Nekrose der Wundränder		X	X		
51	postoperative Wundinfektion		X	X		
52	Wundinfektionstiefe		X	X		
53	Quartal des Entlassungstages[21]	X		X	X	
54	Wochentag 1 - 7[22]			X		
55	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[23]	X	X	X	X	

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

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

[23] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
56	Entlassungsgrund	X	X	X	X	
57	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	X	X	X	X	
58	Entlassungsdiagnose(n)[24]	X	X	X	X	
59	Schlaganfall		X	X		X
60	Infektion am Gelenk		X	X		X
61	Lungenembolie		X	X		X
62	Mechanische Komplikation		X	X		X
63	akute Niereninsuffizienz		X	X		X
64	Pneumonie		X	X		X
65	Endoprothesen(sub)luxation		X	X		X
66	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae		X	X		X
67	Bein-/Beckenvenenthrombose		X	X		X

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

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	admin@kasseiknr	X	X		X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht		X	X		
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X	X	X		
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer	Stamm@V	X	X	X	X	X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	(Elektronische Gesundheitskarte)						
9	Stichtag des Versicherungs status 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	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus				X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[2]	source(301)@quelle				X	
12	Art der Identifikations nummer des Leistungs-erbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art			X	X	
13	Bundesland aus der IKNR des	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des			X	X	

[1] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[2] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfel der für die Indikator - oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[3]	Absenders)@bundesland					
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer			X		
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer			X	X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum		X		X	X
17	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund			X		X
18	Entlassungstag des Falles, an dem der	301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegu		X	X		X

[3] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	Versicherte das Krankenhaus endgültig verlässt (keine Verlegung in andere Abteilung der selben Einrichtung)	ng@entldatum					
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassung s-/Verlegungsgrund @entlgrund		X	X		X
20	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behand-lungsrelevante Diagnose aus Fachabteilung ‚0000' bzw. einziger Fachabteilung (siehe TA5 TZ 1.2.7); immer	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern						
21	Seitenlokalisation der Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
22	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdia-gnosen 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
23	Seitenlokalisation der sekundären Hauptdiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
24	Liste der Nebendiagnosen gemäß	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnosesc		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	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	hlüssel@icd					
25	Seitenlokalisation der Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
26	Liste der sekundären Nebendiagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdiagnosen werden immer gemeinsam mit der zugehörigen Primärdiagnos	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	e geliefert, auch wenn der Suchfilter nur bei einer der Diagnosen zutrifft						
27	Seitenlokalisation der sekundären Nebendiagnose (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
28	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
29	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Lokalisation@lokalisation		X			
30	Tag der gelieferten OPS-Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X	X		X
31	Angabe, ob der KH-Fall unterbrochen war (Entlassungsgrund 16x, 21x,	inpatient_interrupt (301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund) @khunterbrechung			X		

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	23x)[4]						
32	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung			X		
§ 301 (Ambo)							
33	Angabe der Quelle des Datensatzes[5]	source(kh_ambo)@quelle				X	
34	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				X	
35	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[6]	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
36	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
37	Tag des Zugangs	Kh_ambo.Ambulante		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] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
		Operationen.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum					
38	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Se-kundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiag-nose.Diagnoseschlüssel@icd		X	X	X	X
39	Seitenlokalisation der Behandlungsdia-gnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Lokalisation@lokalisation		X			
40	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek		X	X	X	X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	zugehöriger Primärdiagnose zu liefern						
41	Seitenlokalisation der Sekundär-Diagnose (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Lokalisation@lokalisation_sek		X			
42	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum		X		X	X
43	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops		X	X		X
44	Seitenlokalisation der Prozedur (L, R, B)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Lokalisation@lokalisation		X			
45	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag@datum	X	X		X	X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
§ 295 (kollektivvertraglich)							
46	Angabe der Quelle des Datensatzes[7]	source(295k)@quelle				X	
47	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[8]	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	
48	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[9]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
49	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
50	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			X
51	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X				
52	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation,	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X

[7] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[8] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[9] 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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')						
53	Seitenlokalisation der Diagnose (L, R, B)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.3@lokalisation		X			
54	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X
55	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm		X	X		X
56	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum		X		X	X
57	NBSNR Nebenbetriebsstätte des Ortes der Leistungserbringung (falls ungleich	295k.LED.5/5.2.1@nummer	X				

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	BSNR)						
58	Art der Identifikations nummer des Leistungserbri ngers (NBSNR)[10]	cp_type(295k.LED. 5/5.2.1)@art				X	
59	KV-Region aus 1. und 2. Stelle der NBSNR[11]	kv_key(295k.LED.5 /5.2.1)@kvregion				X	
60	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführte n Leistung	295k.OPS.Operatio nsschlüssel.7/7.1.1 @ops		X	X		X
61	Seitenlokalisat ion der durchgeführte n OP	295k.OPS.Operatio nsschlüssel.7/7.1.2 @lokalisation		X			
§ 295 (selektivvertraglich)							
62	Angabe der Quelle des Datensatzes[12]	source(295s)@quel le				X	
63	Erster Tag des Abrech-nungszeit-	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.	X				

[10] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der NBSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[11] Die KV-Region ergibt sich aus der NBSNR des Ortes der Leistungserbringung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.
[12] 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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	raums	RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum					
64	Letzter Tag des Abrech-nungszeit-raums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum	X				
65	Art der Iden-tifikations-nummer des Leistungser-bringers (BSNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
66	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[13]	kv_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@kvregion				X	
67	Art der Identifikations nummer des Leistungserbringers (IKNR)	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers				X	

[13] 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	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
		)@art					
68	Bundesland aus der IKNR der Einrichtung (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse	state_key(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@bundesland				X	
69	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
70	Institu-tionskennzei-chen des Leistungser-bringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			
71	Liste der Pro-zeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
72	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-	X			X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
		Datum@datum					
73	Seitenloka-lisation der durch-geführten OP	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.2 Seitenlokalisation @lokalisation	X	X	X		X
74	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		X
75	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit @sicherheit		X	X		X
76	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X			X	
77	Seitenlokali-sation der Diagnose (L, R, B)	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung. DIA.Diagnose.6/6.2.3	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
		Seitenlokalisation @lokalisation					
§ 300 (Apotheken)							
78	Angabe der Quelle des Datensatzes[14]	source(300)@quelle				X	
79	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[15]	cp_type(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@art				X	
80	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[16]	kv_key(300.ZUP.02 Betriebsstättennummer)@kvregion			X	X	
81	BSNR des Verordners	300.ZUP.02 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			
82	Datum der Verordnung	300.ZUP.03 Datum Ausstellung@verordnungsdatum	X	X			
83	Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (PZN, Sonderkenn-zeichen oder Hilfsmittelnu	300.EFP.02 Kennzeichen nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 SGB V@pznhimsonder			X		

[14] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[15] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[16] Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Falliden-tifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kenn-zahlbe-rechnung	Datenfel-der für die Basisaus-wertung	Techni-sche und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Informati on
	mmer)						
84	Angabe, ob es sich um eine PZN, HIM oder Sonderkenn-zeichen handelt	300.EFP.05 Kennzeichentyp@kennzeichentyp				X	
85	Anzahl der verordneten Einheiten	300.EFP.03 Anzahl Einheiten@anzahl		X	X		
86	Liste der für Rezeptur verwendeten PZN	300.ZDP.02 PZN der verwendeten Packung@pzn_verwendet		X	X		

Verfahren 16: ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich krankenversicherter erwachsener Patientinnen und Patienten in Kurz- oder Langzeittherapien gemäß der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA in Verbindung mit der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (PT-V) durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 und Satz 4 der Richtlinie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. [2]Nicht erfasst von dem Verfahren sind:

1. Patientinnen oder Patienten, die am Tag des Beginns der Therapie nach Satz 1 das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
2. Patientinnen oder Patienten, die im Rahmen einer beantragten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie behandelt wurden, einschließlich Patientinnen und Patienten über dem 18. Lebensjahr
3. Patientinnen oder Patienten, bei denen Diagnosen der Diagnosegruppen Demenz oder Intelligenzminderung nach ICD-10-GM kodiert wurden
4. Patientinnen oder Patienten, die während der Behandlung mit einer Therapie nach Satz 1 an einer Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung teilgenommen haben
5. von Fachärztinnen oder Fachärzten im Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie im Gebiet für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzqualifikation Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Zusatzqualifikation in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die in ihrer Zulassung auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingeschränkt sind, erbrachte Therapien nach Satz 1
6. von ermächtigten Einrichtungen, deren Leistungen nach § 120 Absatz 2 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden, erbrachte Therapien nach Satz 1.

[3]Als Indexbehandlung wird nachfolgend nach Maßgabe der Sätze 1 und 2 eine Kurz- oder Langzeitpsychotherapie nach einem gemäß PT-RL anerkannten Behandlungsverfahren in Einzeltherapie betrachtet, die im Erfassungszeitraum beendet wurde, wobei das dokumentierte Datum der Beendigung der Psychotherapie maßgeblich für die Zuordnung einer Indexbehandlung zum jeweiligen Erfassungszeitraum ist. [4]Der Erfassungszeitraum für die Auslösung der Datenübermittlung umfasst aufgrund der häufig geringen Fallzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer nicht ein Kalenderjahr, sondern den Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren (Erfassungsjahre).

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS ambulante Psychotherapie“ genannt.

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

a) Diagnostik, Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten

b) Therapiezielvereinbarung, Behandlungsplanung und Monitoring des Therapieverlaufs

c) Kommunikation mit den an der Behandlung Beteiligten

d) Ergebnisqualität (Symptomatik, Zielerreichung, Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten und Strategien).

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

a) Förderung der Behandlungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität) in Bezug auf Kurz- und Langzeitpsychotherapien nach PT-RL

b) Verbesserung der patientenorientierten Kommunikation

c) Förderung der Transparenz über die Behandlungsqualität bei Kurz- und Langzeitpsychotherapien

d) Stärkung der Partizipation von Patientinnen und Patienten.

[4]Diese Eckpunkte und Ziele des Verfahrens gelten unabhängig von den Diagnosen der einbezogenen Patientinnen und Patienten und unabhängig von den verschiedenen Therapieverfahren nach der PT-RL. [5]Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu evaluieren.

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der Versorgungsqualität ambulant durchgeführter Psychotherapien (sektorspezifisch).

(2) Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt.

(3) [1]Datengrundlage für die Auswertung und Berichterstattung sind die beendeten Psychotherapien der zwei dem Auswertungsjahr vorangehenden Erfassungsjahre. [2]Die Einleitung von Stellungnahmeverfahren erfolgt nach jedem zweiten Erfassungsjahr des Erfassungszeitraums, im entsprechenden Auswertungsjahr.

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

(5) Vor der bundesweiten Einführung des QS-Verfahrens wird dessen Ausgestaltung zunächst in mehreren Stufen regional begrenzt erprobt. Näheres regelt § 20.

§ 3 Begründung der Vollerhebung

[1]Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 1 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 und Satz 4 der Richtlinie für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten erbringen. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da die Mehrzahl der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr behandeln. [4]Folglich kann nur

mit einer Vollerhebung, die für aussagekräftige Auswertungen erforderliche Fallzahl je Leistungserbringerin und Leistungserbringer gewährleistet werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben sind nicht erforderlich.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) [1]Für das Verfahren werden

a) Daten von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (fallbezogene Dokumentation) und

b) Daten in Form von Patientenbefragungen

verarbeitet. [2]Die jeweiligen Daten sind in der **Anlage II Buchstabe a und b** festgelegt. [3]Die Daten nach Satz 1 Buchstabe a enthalten die Versendedaten für Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2a der Richtlinie. [4]Die Daten nach Satz 1 Buchstabe b sind Befragungsdaten aus Patientenbefragungen nach Teil 1 § 14 Absatz 2b der Richtlinie und werden in der Spezifikation nach Absatz 2 vorgegeben. [5]Für Behandlungen, die nach Maßgabe von § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 nicht von diesem QS-Verfahren erfasst sind, erfolgt ein Abbruch der Dokumentation und es werden ausschließlich die jeweils erforderlichen Datenfelder aus den laufenden Nummern 1 bis 22 der **Anlage II Buchstabe a und b** verarbeitet.

(2) [1]Zum Zwecke einer bundeseinheitlichen und softwarebasierten Dokumentation durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien gemäß § 1 und diesbezügliche Algorithmen sowie bezogen auf die Patientenbefragungen Vorgaben für die Fragebögen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Sie 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 Satz 4 regelmäßig veröffentlicht werden.

§ 8 Rechenregeln und Referenzbereiche

Abweichend von Teil 1 § 14a Absatz 3 der Richtlinie enthalten die prospektiven Rechenregeln und Referenzbereiche für die in Anlage I aufgeführten Indikatoren auch die ebenfalls in der

Anlage I aufgeführten verfahrensspezifischen Kennzahlen 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

[1]Auf 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. [2]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung gemäß den Fristen nach §§ 16 und 17 erfolgen. [3]Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Auswertungen an die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten Daten aus jeweils zwei Erfassungsjahren. [4]Für die Ergebnisse zu den Indikatoren und Kennzahlen aus der fallbezogenen Dokumentation und aus der Patientenbefragung werden indikator- und kennzahlspezifische Ergebnisse aus den Werten des Vorjahres und des Vorvorjahres berechnet.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Nach jedem zweiten Jahr erhalten Vertragsärztinnen, -ärzte, -psychotherapeutinnen und –psychotherapeuten (ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), die eine entsprechende Indexbehandlung erbracht haben,

a) für ihre kollektivvertraglichen Leistungen sowie

b) für ihre selektivvertraglichen Leistungen (SV-LE)

jeweils einen Rückmeldebericht. [2]Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

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

a) die Vollständigkeit 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 auf die vergangenen zwei Erfassungsjahre (Erfassungszeitraum), in denen die Indexbehandlung abgeschlossen wurde

d) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Erfassungszeiträumen (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)

e) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Leistungserbringerin und Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)

f) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird (mit Ausnahme der Indikatoren der Patientenbefragung).

(3) Die Rückmeldeberichte enthalten die Feststellung der rechnerischen Auffälligkeit, aber noch keine qualitative Bewertung.

(4) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 erhalten in jedem zwischen den Rückmeldeberichten liegenden Jahr einen Zwischenbericht. [2]Der Zwischenbericht basiert auf den Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II Buchstabe a des jeweils vergangenen Erfassungsjahres (d. h. des jeweils ersten Erfassungsjahres im Erfassungszeitraum nach § 2 Absatz 3) und orientiert sich in Form und Inhalt an den Rückmeldeberichten. [3]Er enthält die Indikatorergebnisse mit Referenzbereichen und die Kennzahlergebnisse, jedoch keine formale Auffälligkeitsfeststellung. [4]Er enthält zusätzlich Angaben zu der Anzahl der übermittelten Datensätze gemäß Anlage II Buchstabe b und zur Anzahl der eingegangenen Fragebögen.

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

(1) [1]Die Landesarbeitsgemeinschaften erhalten in jedem zweiten Jahr länderbezogene Auswertungen von der Bundesauswertungsstelle. [2]Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [3]Die Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar von der Nutzerin bzw. vom Nutzer lesbaren Format (z. B. pdf-Format) vorliegen.

(2) [1]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

   – mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit

   – mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen

   – mit Bezug zu auf die vergangenen zwei Erfassungsjahre (Erfassungszeitraum), in denen die Indexbehandlung abgeschlossen wurde (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)

d) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus den beiden vorangegangenen Erfassungszeiträumen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringerin und Leistungserbringer (mit Ausnahme von Ergebnissen der Patientenbefragung mit einer Anzahl gültiger Antworten < vier)

e) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird. [2]Dies gilt nicht für die Indikatoren aus den Patientenbefragungen.

§ 12 (weggefallen)

§ 13 Datenvalidierung

Der G-BA legt Kriterien zur Datenvalidierung auf der Grundlage der Daten der Erprobung, in durch Verfahrensanpassungen begründeten Fällen spätestens nach dem ersten zweijährigen Erfassungszeitraum der bundesweiten Verfahrensumsetzung, fest.

§ 14 Fachkommissionen

[1]Die Fachkommissionen bestehen nach Teil 1 § 8a Absatz 4 der Richtlinie aus insgesamt sechs Vertreterinnen oder Vertretern sowohl der ärztlichen als auch Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die kollektivvertragliche Leistungen erbringen. [2]Diese setzen sich zusammen aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Verhaltenstherapie, zwei Vertreterinnen oder Vertretern der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, einer Vertreterin oder einem Vertreter der Systemischen Therapie und einer Vertreterin oder einem Vertreter der analytischen Psychotherapie. [3]Eine Vertreterin oder ein Vertreter der Krankenkassen mit Fachkenntnissen der Psychotherapie (berufliche Qualifikation entsprechend den in das Verfahren einbezogenen Leistungserbringergruppen) wird einbezogen. [4]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [5]Im fachlich begründeten Einzelfall kann die LAG gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie weitere Expertinnen oder Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

§ 15 Expertengremium auf Bundesebene

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

(2) [1]Die Zusammensetzung des Expertengremiums orientiert sich an der Zusammensetzung der Fachkommissionen nach § 14. [2]Die Mitglieder des Expertengremiums werden vom Institut nach § 137a SGB V benannt.

§ 16 Datenlieferfristen

(1) [1]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 21. April (Quartal 1), 21. Juli (Quartal 2), 21. Oktober (Quartal 3) und 21. Januar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 21. Januar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 7. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 4 der Richtlinie zu SV-LE sind durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die Datenannahmestelle für SV-LE (Vertrauensstelle) zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 12. Februar mit einer Korrekturfrist bis zum 17. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.[6]Alle Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie leiten nach § 15 Absatz 5 der Richtlinie eine Aufstellung, aus der die Zahl der pro Leistungserbringerin oder Leistungserbringer zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 24. Februar an die Bundesauswertungsstelle weiter.

(2) [1]Wie in Absatz 1 Satz 1 übermitteln die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die zum Zweck der Patientenbefragungen erhobenen Daten gemäß **Anlage II Buchstabe b** aller Patientinnen und Patienten, die im vorangegangenen Quartal die Psychotherapie beendet haben an die nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zuständige Datenannahmestelle. [2]Je Quartal besteht abweichend von Absatz 1 eine Korrekturfrist von 7 Tagen bis zum 29. Tag des Folgemonats nach Quartalsende. [3]Die Datenannahmestelle prüft gemäß § 3 der Anlage zu Teil 1 der Richtlinie die Daten, ersetzt die leistungserbringeridentifizierenden Daten durch ein Leistungserbringerpseudonym und leitet diese Versendedaten sowie das Leistungserbringerpseudonym unverzüglich an die Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die Bundesauswertungsstelle stellt den Landesarbeitsgemeinschaften die Auswertungen und dem G-BA die Bundesauswertung alle zwei Jahre bis zum 31. Mai zur Verfügung. [2]Die Bundesauswertungsstelle stellt den Datenannahmestellen für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Zwischenberichte und Rückmeldeberichte bis zum 31. Mai des jeweiligen Jahres zur Verfügung. [3]Die Zwischenberichte wechseln sich mit den Rückmeldeberichten jährlich ab: Nach dem ersten Erfassungsjahr des Erfassungszeitraums werden die Zwischenberichte erstellt, nach dem zweiten Erfassungsjahr des Erfassungszeitraums werden die Rückmeldeberichte sowie die weiteren Berichte nach § 11 erstellt. [4]In den Rückmeldeberichten sind Auswertungen der fallbezogenen -Dokumentation und der Patientenbefragung für Indexbehandlungen aus dem gesamten zweijährigen Erfassungszeitraum (Vorjahr und Vorvorjahr) enthalten.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

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

(4) [1]Bis zum 15. August in jedem zweiten Jahr erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen zu den Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung für Indexbehandlungen aus dem vorangegangenen Erfassungszeitraum (zwei Jahre) sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der Landesarbeitsgemeinschaften.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

Bis zur Festlegung einer konkreten Regelung zur fehlenden Dokumentation von Datensätzen und mindestens für die Dauer des ersten Erfassungszeitraums während des Erprobungszeitraums werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Festlegungen zur Durchführung der Patientenbefragungen

(1) In die Patientenbefragung werden nur Patientinnen und Patienten einbezogen, die die Psychotherapie regulär beendet haben.

(2) [1]Die Versendestelle entschlüsselt und prüft die von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern über die Datenannahmestellen übermittelten Daten unverzüglich gemäß § 7 und der Anlage zu Teil 1 § 4a Absätze 1 und 1a der Richtlinie. [2]Die Versendestelle prüft leistungserbringerbezogen, ob eine Stichprobe zu ziehen ist.

(3) [1]Zur Durchführung der Befragung der Patientinnen und Patienten wird bei der Versendestelle nach Teil 1 § 11a der Richtlinie quartalsweise eine Zufallsstichprobe auf Basis der von einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß Teil 1 § 1 Absatz 6 Nummer 2 der Richtlinie beendeten Indexbehandlungen gezogen. [2]Art und Umfang der Stichprobe sowie die technische Umsetzung entsprechen den Vorgaben gemäß § 5 Absatz 2. [3]Die Stichprobenziehung erfolgt jeweils am 30. Tag des Monats nach Quartalsende (30. April, 30. Juli, 30. Oktober, 30. Januar) bzw. am nächsten darauffolgenden Werktag aus der Grundgesamtheit der Patientinnen und Patienten einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers, die im Vorquartal eine Indexbehandlung beendet haben. [4]Für 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). [5]Bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit bis zu 200 Patientinnen und Patienten jährlich, geschätzt anhand der Qualitätssicherungsdaten des Vorjahres, ist eine Vollerhebung durchzuführen. [6]Die Bundesauswertungsstelle informiert die Versendestelle jährlich über die Fallzahlen der einzelnen pseudonymisierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. [7]Liegen hierzu zu einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer keine Informationen vor, so führt die Versendestelle zunächst eine Vollerhebung durch und überprüft nach Ablauf des ersten Erfassungszeitraums anhand der vorliegenden Fallzahlen, ob eine Stichprobenziehung angezeigt ist. [8]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. [9]Die Rücksendefrist für die Patientinnen und Patienten wird im Anschreiben angegeben und beträgt 20 Tage nach Versendung des Fragebogens.

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

(5) [1]Die Befragung der Patientinnen und Patienten wird im Quartal nach Beendigung der Psychotherapie durchgeführt. [2]Fragebögen, die nach Verstreichen der von der Versendestelle

festgelegten Ausschlussfrist von 42 Tagen nach erstmaligem Versand des Fragebogens beim Institut nach § 137a SGB V eintreffen, werden von der Auswertung ausgeschlossen.

(6) [1]Die Übermittlung der Mapping-Tabelle an die Bundesauswertungsstelle erfolgt jeweils zum 30. April, 31. Juli, 30. Oktober und 31. Januar bezogen auf das vorangegangene Quartal. [2]Die Mapping-Tabelle enthält auch 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 30. April, 31. Juli, 30. Oktober und 31. 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.

§ 20 Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens

(1) [1]Für einen Zeitraum von sechs Jahren wird das sektorspezifische Qualitätssicherungsverfahren „QS ambulante Psychotherapie“ mit seinen QS-Instrumenten, der fallbezogenen Dokumentation bei der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer und der Patientenbefragung, regional begrenzt erprobt und begleitend evaluiert. [2]Die Ausgestaltung dieser sechs Jahre ist in Absatz 5 dargestellt. [3]Die Erprobung ist notwendig, um einerseits die Strukturen und Prozesse des QS-Verfahrens angesichts der im Vergleich mit anderen Verfahren sehr hohen Anzahl von beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu erproben, andererseits eine Verbesserung der Evidenz, die Eignung der Indikatoren selbst, Qualitätsdefizite und Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität nach Teil 1 § 17 der Richtlinie aufzuzeigen, zu untersuchen.

(2) [1]Gegenstände der Erprobung sind technische, organisatorische und inhaltliche Aspekte

a) Instrumente der Datenerfassung und Spezifikation

b) Abläufe der Patientenbefragung (inkl. Versand und Stichprobenziehung, Rücklauf)

c) Einleitung und Durchführung der Stellungnahmeverfahren und Durchführung von Maßnahmen nach Teil 1 § 17 der Richtlinie unter Berücksichtigung des durch die hohe Anzahl an betroffenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu erwartenden Arbeitsvolumens für die LAG nach Teil 1 § 5 der Richtlinie und der Fachkommissionen nach Teil 1 § 8a der Richtlinie mit ggf. nötiger Optimierung der Vorgaben zu den Arbeitsabläufen (z. B. Zeiträume für Stellungnahmeverfahren)

d) empirische und inhaltliche Prüfung aller Indikatoren und Kennzahlen (insbesondere Validität, Referenzbereiche und Risikoadjustierung von Indikatoren und Kennzahlen, Verfahrens- und Diagnoseunabhängigkeit der Indikatoren und Kennzahlen, Eignung zur Feststellung von Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen)

e) einheitliche Kriterien und Kategorien 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

f) Entwicklung von Kriterien für die Datenvalidierung nach Teil 1 § 16 der Richtlinie

g) Ergebnisdarstellung in den Rückmeldeberichten nach Teil 1 § 10 der Richtlinie und der länderbezogenen Auswertungen nach Teil 1 § 12 der Richtlinie

h) Prüfung, ob und wie mit den jeweiligen Indikatoren mögliche Qualitätsdefizite in der psychotherapeutischen Versorgung abgebildet werden können

i) Prüfung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses für alle Qualitätsindikatoren, Kennzahlen, Erhebungsinstrumente und das QS-Verfahren insgesamt einschließlich der adressierten Patientenklientel

j) umfängliche Evaluation einschließlich der nach Maßgabe des § 137a Absatz 6 SGB V bestehenden Möglichkeit der Einbeziehung eines weiteren wissenschaftlichen Instituts mit ausgewiesener Expertise in der Psychotherapieforschung.

[2]Im Verlauf der Erprobung sollen Optimierungspotenziale identifiziert und entsprechende Verfahrensanpassungen vorgeschlagen und umgesetzt werden.

(3) [1]Zur Überprüfung der Zielerreichung wird für die Erprobung folgendes geregelt:

a) Für den Zeitraum der Erprobung entwickelt das Institut nach § 137a SGB V eine Spezifikation, die alle Anforderungen einer für den Regelbetrieb zu entwickelnden Softwarespezifikation erfüllt.

b) [2]Zur Überprüfung von Absatz 2 Buchstabe b wird die Bundesauswertung gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 Nummer 3 der Richtlinie und der Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie für den Zeitraum der Erprobung zusätzlich eine Responderanalyse zur Patientenbefragung enthalten.

c) [3]Zur Überprüfung der Diagnose- und der Therapieverfahrensunabhängigkeit der Indikatoren und Kennzahlen nach Absatz 2 Satz 1 Buchstabe d werden für den Zeitraum der Erprobung diagnose- und therapieverfahrensspezifische Ergebnisse in den länderbezogenen Auswertungen nach § 11 und dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie für den Zeitraum der Erprobung ausgewiesen.

d) [4]Zu dieser Überprüfung wird weiterhin für den Zeitraum der Erprobung zusätzlich die Übermittlung der die Psychotherapie begründenden Diagnose oder Diagnosen durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer spezifiziert.

e) [5]Zur Überprüfung von Absatz 2 Buchstabe b und d wird weiterhin für den Zeitraum der Erprobung festgelegt, dass die Bundesauswertungsstelle Daten aus der fallbezogenen Dokumentation zum Zweck der Responder-Analyse und der Auswertung der Indikatoren aus der Patientenbefragung erhält. [6]Hierfür exportieren die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ausgewählte Daten gemäß Anlage II Buchstabe b (Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung) im Rahmen der Versendedaten gemäß der Anlage zu Teil 1 § 2 Absatz 2a an die Datenannahmestelle. [7]Die für die Responder-Analyse und Auswertung benötigten fallbezogenen Daten werden gemeinsam mit den Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2a Satz 1 Buchstabe a der Richtlinie von der Datenannahmestelle an die Versendestelle übermittelt. [8]Die Versendestelle übermittelt dann diese fallbezogenen Daten nur für die in die Stichprobe gezogenen Patientinnen und Patienten in der Mapping-Tabelle nach § 19 Absatz 6 an die Bundesauswertungsstelle.

f) [9]Zur Überprüfung der Dokumentationsqualität werden ab dem dritten Jahr der Erprobung Stichprobenprüfungen bei zwei Prozent der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durchgeführt. [10]Die fallbezogene Dokumentation zur Qualitätssicherung wird hierzu mit der psychotherapeutischen Dokumentation der

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer abgeglichen. [11]Näheres zur Zuständigkeit und zum Verfahren der Überprüfung der Dokumentationsqualität wird bis zum 31.12.2026 in Teil 1 § 16 geregelt. [12]Für den Zeitraum der Erprobung trifft das Institut nach § 137a SGB V die Auswahl der zu prüfenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch Zufallsauswahl und anhand von Auffälligkeitskriterien zur Datenvalidität wie Vollzähligkeit und Plausibilität.

(4) Während des Zeitraums der Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens finden die Vorgaben der Richtlinie nur Anwendung auf Leistungen, die von Mitgliedern der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe unter Angabe einer Betriebsstättennummer dieser Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht worden sind, auf die Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen gemäß Teil 1 § 5 der Richtlinie, auf die Datenannahmestellen Nordrhein und Westfalen-Lippe und die Vertrauensstelle in ihrer Funktion als Datenannahmestelle gemäß Teil 1 § 9 der Richtlinie, auf die Versendestelle gemäß Teil 1 § 11a der Richtlinie und auf die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 der Richtlinie.

(5) [1]Die Erprobung beginnt mit der Verpflichtung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 4 zur Datenerhebung und Übermittlung am 1. Januar 2025 für dieses Verfahren und endet nach Ablauf des sechsten Jahres am 31. Dezember 2030. [2]Erfasst von der Erprobung sind alle Indexbehandlungen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2025 beendet worden sind. [3]Für Indexbehandlungen, die bis zum 31. August 2024 begonnen wurden, werden ausschließlich die jeweils erforderlichen Datenfelder aus den laufenden Nummern 1 bis 22 der **Anlage II Buchstabe a und b** verarbeitet; diese Indexbehandlungen werden nicht in die Patientenbefragung einbezogen.[4]Die Erprobung der Ausgestaltung des QS-Verfahrens wird gestuft umgesetzt und umfasst zwei Erfassungszeiträume (2025/2026 und 2027/2028). [5]Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer liefern ihre Daten gemäß § 16. [6]Das erste Jahr der Erprobung dient insbesondere der Implementierung und Prüfung der Datenerhebung, Datenübermittlung und Datenverarbeitung und der Erprobung der Abläufe der Patientenbefragung gemäß Absatz 2 Satz 1 Buchstaben a und b. [7]Ab dem zweiten Jahr der Erprobung werden vom Institut nach § 137a SGB V Bewertungskriterien und –kategorien gemäß Absatz 2 Satz 1 Buchstabe e entwickelt. [8]Die Zwischen- und Rückmeldeberichte im Erprobungszeitraum werden gemäß § 10 erstellt. [9]Die Rückmeldeberichte enthalten bereits während der Erprobung eine vollständige Basisauswertung. [10]Ab dem dritten Jahr der Erprobung werden Stellungnahmeverfahren durchgeführt. [11]Für den ersten Erfassungszeitraum in der Erprobung werden keine Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 Absatz 9, 10 und 12 der Richtlinie festgelegt. [12]Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 der Richtlinie können für Ergebnisse ab dem ersten Erfassungszeitraum durch die Fachkommissionen empfohlen werden. [13]Auf Basis der Daten der zwei zweijährigen Erfassungszeiträume werden beginnend ab dem dritten Jahr zusätzlich alle übrigen Ziele nach Absatz 2 Satz 1 Buchstaben c bis j adressiert.

(6) [1]Die Auswertungen (Bundesauswertung gemäß Teil 1 § 10 Absatz 2 Nummer 3 der Richtlinie, der Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie und der Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie) dienen der Erprobung. [2]Sie werden gemäß § 17 erstmals nach dem zweiten Jahr der Erprobung erstellt. [3]Im Zeitraum der Erprobung werden sie ausschließlich dem G-BA und dem Erprobungsexpertengremium nach Absatz 9 zur Verfügung gestellt. [4]Die Ergebnisse aus diesen Berichten werden vom Institut nach § 137a SGB V mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Regionalkonferenzen nach

Absatz 10 besprochen. [5]Eine darüberhinausgehende Veröffentlichung der Ergebnisse findet nicht statt.

(7) [1]Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Durchführung und mit der wissenschaftlichen Begleitevaluation der Erprobung. [2]Diese orientiert sich an den unter Absatz 2 genannten Zielen und fokussiert damit ebenfalls auf die organisatorische Umsetzbarkeit und die inhaltliche Angemessenheit des Verfahrens. [3]Im Rahmen der Evaluation erstellt das Institut nach § 137a SGB V jährlich zum 31. Mai beginnend im zweiten Jahr der Erprobung eine Kurzauswertung für den G-BA mit Zwischenergebnissen analog zu § 11 (mit Ausnahme von § 11 Absatz 2 Buchstabe e) und zur Vollzähligkeit der Daten, welche nicht veröffentlicht werden soll.

(8) [1]Zur frühzeitigen Identifizierung, Beratung und Behebung technischer und organisatorischer Verfahrensprobleme während der Erprobung richtet das Institut nach § 137a SGB V einen technischen Fachausschuss ein. [2]Der technische Fachausschuss besteht aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden LAG, je einer Vertreterin oder einem Vertreter der teilnehmenden DAS und einer Vertreterin oder einem Vertreter der Versendestelle, je einer Vertreterin oder einem Vertreter der teilnehmenden Softwareanbieter, vier Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen. [3]Der technische Fachausschuss tagt mindestens zweimal im Kalenderjahr. [4]An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Möglichkeit, über eine vom Institut nach § 137a SGB V einzurichtende digitale Plattform regelmäßig Rückmeldung zu Verfahrensproblemen zu geben. [5]Die Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten werden vom Institut nach § 137a SGB V gesammelt und dem technischen Fachausschuss strukturiert zur Beratung zur Verfügung gestellt.

(9) [1]Abweichend von § 15 richtet das Institut nach § 137a SGB V für den Zeitraum der Erprobung zum Zweck der inhaltlich wissenschaftlichen Begleitung ein Erprobungsexpertengremium in Anlehnung an das Expertengremium auf Bundesebene nach Teil 1 § 26 der Richtlinie ein. [2]Das Erprobungsexpertengremium besteht aus zwei Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden LAG, zwei Expertinnen oder Experten für Evaluationen der Qualitätssicherung oder der psychotherapeutischen Versorgung, sechs Vertreterinnen oder Vertretern der teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (Besetzung analog zur Fachkommission gemäß § 14), einer Vertreterin oder einem Vertreter der Krankenkassen mit Fachkenntnissen der Psychotherapie und zwei Vertreterinnen oder Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen. [3]Das Erprobungsexpertengremium tagt mindestens zweimal im Kalenderjahr. [4]An der Erprobung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben die Möglichkeit, über die Plattform nach Absatz 8 Satz 4 Rückmeldung zu inhaltlichen Problemen zu geben. [5]Die Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Patientinnen und Patienten werden vom Institut nach § 137a SGB V gesammelt und dem Erprobungsexpertengremium strukturiert zur Beratung zur Verfügung gestellt.

(10) [1]Um die Einbindung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Rahmen der Erprobungsteilnahme zu fördern, führt das Institut nach § 137a SGB V ein halbes Jahr vor

Beginn der Erprobung eine Regionalkonferenz in der Region der Erprobung durch, zu der die maßgeblich Beteiligten insbesondere die teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingeladen werden. [2]Nach Vorliegen der ersten Ergebnisse im dritten Jahr der Erprobung wird die Regionalkonferenz weiterhin einmal jährlich bis zum Abschluss der Erprobung durchgeführt, um die Ergebnisse zu diskutieren und die Akzeptanz des Verfahrens durch ein transparentes Vorgehen zu fördern. [3]Die Erkenntnisse aus diesen Regionalkonferenzen werden mit dem Erprobungsexpertengremium nach Absatz 9 diskutiert und fließen ebenfalls in die Berichte nach Absatz 11 und 12 ein.

(11) [1]Das Institut nach § 137a SGB V erstellt für den G-BA unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse des technischen Fachausschusses des Erprobungsexpertengremiums und der Regionalkonferenzen jeweils bis zum 15. Januar des Folgejahres wissenschaftliche Berichte zur Begleitung der Erprobung. [2]Die Berichte sind durch den G-BA zu veröffentlichen und enthalten zusammenfassende Empfehlungen zu nötigen Anpassungen der Qualitätsindikatoren und der Kennzahlen, deren Rechenregeln, der Erhebungsinstrumente oder des QS-Verfahrens. [3]Weitere Bestandteile der Berichte sollen unter anderem die Protokolle der Sitzungen des technischen Fachausschusses und des Erprobungsexpertengremiums und der Regionalkonferenzen, die strukturierten Rückmeldungen der LAG zu den Prozessen und den Erkenntnissen aus den Stellungnahmeverfahren (QSEB) sein, die strukturiert zusammengefassten Rückmeldungen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Patientinnen und Patienten, welche jedoch nicht mit veröffentlicht werden. [4]Der G-BA entscheidet auf Basis jedes Berichts über notwendige Anpassungen der Richtlinie und der Spezifikationen.

(12) [1]Das Institut nach § 137a SGB V erstellt im Review-Verfahren gegebenenfalls mit einem Institut der Psychotherapieforschung auf der Basis der fünf jährlichen Berichte gemäß Absatz 11 im Zeitraum der Erprobung einen Gesamtabschlussbericht bis zum 31. August 2030. [2]Der G-BA entscheidet auf Basis dieses Gesamtabschlussberichts über eine Überarbeitung des QS-Verfahrens und der QS-Instrumente, über die bundesweite Einführung oder zunächst erforderliche inhaltliche Modifikationen des QS-Verfahrens.

(13) Die Finanzierung der durch die Erprobung entstehenden Aufwände für die Durchführung von Aufgaben nach dieser Richtlinie bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten wird nicht in dieser Richtlinie geregelt, sondern gesondert auf Landesebene zwischen den Vertragspartnern vereinbart.

Anlage I: Indikatorenlisten (QS ambulante Psychotherapie)

1	Besprechen der psychotherapeutischen Behandlung
ID	432500
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut mit Patientinnen und Patienten zu Beginn der Therapie ihre psychotherapeutische Behandlung besprochen hat. Dies umfasst die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Psychotherapie sowie das konkrete therapeutische Vorgehen.
Qualitätsziel	Mit Patientinnen und Patienten soll zu Beginn der Therapie umfassend über die Wirkung und mögliche Nebenwirkungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung sowie über das konkrete therapeutische Vorgehen gesprochen werden. Damit erhalten Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
2	Information zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung
ID	432501
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten zu Beginn der Richtlinien-Psychotherapie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Behandlung informiert wurden. Dies umfasst eine Information zur Behandlungsfrequenz und das Besprechen von Regelungen zur Absage von Sitzungen.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Therapie umfassend zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer psychotherapeutischen Behandlung informiert werden. Damit erhalten die Patientinnen und Patienten eine wichtige Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
3	Information zur Versorgung in Notfallsituationen und weiteren Hilfsmöglichkeiten
ID	432502
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten darüber informiert wurden, an wen sie sich in Notfallsituationen während der Richtlinien-Psychotherapie wenden können und welche weiteren Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten es außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gibt.

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen über das Vorgehen in Notfallsituationen und für sie passende Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten informiert werden. Damit soll eine sichere Versorgung im Falle einer psychischen Krise während der Psychotherapie gewährleistet werden und die informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten zur Behandlung ihrer psychischen Beschwerden ermöglicht werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
4	Besprechen des Krankheitsbilds
ID	432503
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut das Krankheitsbild mit Patientinnen und Patienten besprochen hat.
Qualitätsziel	Mit Patientinnen und Patienten soll umfassend zu ihren psychischen Beschwerden gesprochen werden. Das Besprechen des Krankheitsbilds ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
5	Kommunikation und Interaktion in der Psychotherapie
ID	432504
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwiefern aus Sicht der Patientinnen und Patienten eine für die Psychotherapie förderliche Kommunikation und Interaktion mit der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten bestanden hat. Dieser Indikator bildet zusammen mit den QI 432505 und 432506 eine Gruppe.
Qualitätsziel	Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine

	Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
6	Gemeinsames Klären und Abgleichen von Therapiezielen
ID	432505
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwiefern die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten darüber gesprochen hat, worauf sie in der Therapie hinarbeiten bzw. ob patientenindividuelle Ziele besprochen wurden. Dieser Indikator bildet zusammen mit den QI 432504 und 432506 eine Gruppe.
Qualitätsziel	Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
7	Gemeinsames Klären und Reflektieren von Therapieinhalten
ID	432506
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut gemeinsam mit Patientinnen und Patienten über Therapieinhalte und ihre individuellen Entwicklungen gesprochen hat und diese in der Abschlussphase, auch im Hinblick auf die Zeit nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie, reflektiert hat. Dieser Indikator bildet zusammen mit den QI 432504 und 432505 eine Gruppe.
Qualitätsziel	Zentral für eine an den Patientinnen und Patienten ausgerichtete Versorgung ist, dass die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut in

	der Psychotherapie mit den Patientinnen und Patienten in einer für die Behandlung förderlichen Art kommuniziert und interagiert. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten darüber sprechen, worauf sie in der Therapie hinarbeiten, und patientenindividuelle Ziele besprechen. Damit können auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung die Ziele der Patientinnen und Patienten für die Therapie adressiert werden. Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung über Therapieinhalte und individuelle Entwicklungen sprechen. Dies soll auch die Gestaltung der Abschlussphase einschließen. Damit werden die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt und eine Verständigung auf Therapieinhalte über den gesamten Verlauf der Psychotherapie auch im Hinblick auf die Therapeutische Beziehung gewährleistet.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
8	Erwerb von Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Richtlinien-Psychotherapie
ID	432507
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für den Umgang mit der Erkrankung und den Erhalt des verbesserten Zustands nach Therapieende erworben haben.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie Erfahrungen, Fertigkeiten oder Strategien für die Zeit nach der Psychotherapie erwerben. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung nach Abschluss der Psychotherapie erzielt werden.
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
9	Verbesserung von Symptomatik, sozialer Teilhabe und Alltagsfunktion
ID	432508
Beschreibung	Der Qualitätsindikator erfasst das Ausmaß, in dem sich die Symptomatik, soziale Teilhabe und Alltagsfunktion der Patientinnen und Patienten durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessert hat.
Qualitätsziel	Die Symptomatik, soziale Teilhabe und Alltagsfunktion der Patientinnen und Patienten sollen sich durch die Richtlinien-Psychotherapie verbessern und angestrebte Versorgungsergebnisse erreicht werden.

Indikatortyp	Ergebnisindikator
Datenquelle	Patientenbefragung
10	Umfassende/s diagnostische/s Gespräch/e
ID	432514
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung ein umfassendes diagnostisches Gespräch zu allen aufgeführten behandlungsrelevanten Aspekten mit der Patientin/dem Patienten geführt wurde.
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll in der Anfangsphase der Behandlung eine umfassende Klärung der Problematik erfolgen, um zum einen Diagnosen stellen zu können, zum anderen, um patientenindividuelle Therapieziele und das weitere Vorgehen abzuschätzen und, sofern erforderlich, einen Ausgangspunkt für weitere diagnostische Messungen zu identifizieren.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
11	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten diagnostischen Instrumenten
ID	432515
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung, im Rahmen der Diagnostik, mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde. Dieser Indikator bildet zusammen mit QI 432518 eine Gruppe.
Qualitätsziel	Im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase und/oder im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
12	Patientenindividuelle Anwendung und Auswertung von standardisierten Instrumenten im Therapieverlauf
ID	432518
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf mindestens ein dem Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren und/oder

	standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und dokumentiert wurde. Dieser Indikator bildet zusammen mit QI 432515 eine Gruppe.
Qualitätsziel	Im Rahmen der Diagnostik in der Anfangsphase und/oder im Therapieverlauf sollen in möglichst vielen Fällen dem Behandlungsfall angemessene, psychodiagnostische Testverfahren und/oder ein standardisiertes/strukturiertes klinisches Interview durchgeführt und ausgewertet werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
13	Formulierung von patientenindividuellen Therapiezielen
ID	432516
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart und dokumentiert wurden. Dieser Indikator bildet zusammen mit den QI 432517 und 432520 eine Gruppe.
Qualitätsziel	In der Anfangsphase der Behandlung sollen in möglichst allen Fällen patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen. Im Therapieverlauf soll in möglichst allen Fällen der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können. Abschließend soll im Therapieverlauf in möglichst allen Fällen geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
14	Reflexion des Therapieverlaufs
ID	432517
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden. Dieser Indikator bildet zusammen mit den QI 432516 und 432520 eine Gruppe.
Qualitätsziel	In der Anfangsphase der Behandlung sollen in möglichst allen Fällen patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen.

	Im Therapieverlauf soll in möglichst allen Fällen der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können. Abschließend soll im Therapieverlauf in möglichst allen Fällen geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
15	Reflexion des Therapieverlaufs hinsichtlich der Einleitung der Abschlussphase der Therapie
ID	432520
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen im Therapieverlauf die für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele überprüft wurden. Dieser Indikator bildet zusammen mit den QI 432516 und 432517 eine Gruppe.
Qualitätsziel	In der Anfangsphase der Behandlung sollen in möglichst allen Fällen patientenindividuelle Therapieziele vereinbart werden, um so die Ergebnisorientierung zu unterstützen. Im Therapieverlauf soll in möglichst allen Fällen der Therapiefortschritt überprüft werden, um die Behandlungsplanung und die Therapiegestaltung, sofern erforderlich, anpassen zu können. Abschließend soll im Therapieverlauf in möglichst allen Fällen geprüft und dokumentiert werden, ob die für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte sowie die patientenindividuellen Therapieziele in einem Umfang erreicht sind, der es angemessen erscheinen lässt, die Beendigung der Therapie einzuleiten.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
16	Patientenindividuelle Absprachen und Kommunikation mit an der Behandlung Beteiligten
ID	432519
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle, in denen sich die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination mit anderen an der Behandlung der Patientin/des Patienten Beteiligten ausgetauscht hat.
Qualitätsziel	In möglichst allen Fällen soll zum Zwecke der Behandlungsplanung und -koordination ein Austausch mit anderen an der Behandlung der Patientin / des Patienten Beteiligten stattfinden.

Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
17	Abklärung der Erforderlichkeit von anschließenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses
ID	432521
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle, für die in der Abschlussphase der Therapie abgeklärt wurde, ob nach Therapiebeendigung eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.
Qualitätsziel	In der Abschlussphase der Therapie soll in möglichst allen Fällen geprüft werden, ob eine Rezidivprophylaxe oder andere Maßnahmen zur Absicherung des Behandlungsergebnisses erforderlich sind.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten
18	Erhebung des Behandlungsergebnisses am Ende der Therapie
ID	432522
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Fälle in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in denen in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele erhoben wurde.
Qualitätsziel	In möglichst vielen Fällen soll in der Abschlussphase der Therapie das Ergebnis in den für die individuelle Behandlung relevanten Aspekte und das Erreichen der patientenindividuellen Therapieziele festgestellt werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Datenquelle	Fallbezogene QS-Dokumentationsdaten

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS ambulante Psychotherapie)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
8	Dokumentationsabschluss datum				X	
9	Status der Leistungserbringung	X			X	
10	Betriebsstättennummer ambulant	X				
11	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
12	GKV-Versichertenstatus[4]	X			X	
13	Hat die Patientin/ der Patient im Rahmen der gesamten Behandlung an einer ambulanten Gruppentherapie teilgenommen?	X			X	
14	Behandlung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherap ie	X			X	
15	Therapiebeginn vor dem 1. September 2024[5]	X			X	
16	Dauer der Therapie in Tagen[6]		X	X		
17	Enddatum dieser Richtlinientherapie	X	X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besondere Personengruppe“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[5] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn dieser Richtlinientherapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[6] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Enddatum dieser Richtlinientherapie“ und „Beginn dieser Richtlinientherapie“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
18	Quartal des Enddatums der Richtlinientherapie[7]	X			X	
19	Geburtsjahr[8]			X		
20	Der Patient war zu Beginn der Therapie mindestens 18 Jahre alt[9]	X			X	
21	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (GOP für die psychotherapeutische Sitzung und Pseudo-GOP für Therapieende)[10]		X	X		
22	Diagnose(n)[11]		X	X		
23	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
24	Vorgangsnummer und Datensatz-ID12	X			X	

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Enddatum dieser Richtlinientherapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

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

[9] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Beginn dieser Richtlinientherapie“ 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. Die Gebührenordnungspositionen werden für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, exportiert. Sie werden zudem für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, deren Therapie jedoch gemäß § 20 Absatz 5 Satz 3 nicht ins QS-Verfahren einbezogen wird (Beginn der Therapie vor dem 1. September 2024), exportiert.

[11] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert. Die Diagnosen werden für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, exportiert. Sie werden zudem für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, deren Therapie jedoch gemäß § 20 Absatz 5 Satz 3 nicht ins QS-Verfahren einbezogen wird (Beginn der Therapie vor dem 1. September 2024), exportiert.

[12] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
25	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)13	X			X	
26	Versionsnummer				X	
27	Wievielter optionaler Teildatensatz?				X	
28	Ort der Leistungserbringung			X		
29	Geschlecht	X		X		
30	Wurde die Symptomatik erfasst?		X			
31	Wurde die biographische Anamnese erfasst?		X			
32	Wurde abgeklärt, ob psychische Komorbiditäten vorliegen?		X			
33	Wurde abgeklärt, ob somatische Komorbiditäten vorliegen?		X			
34	Wurde die Medikamentenanamnese erfasst?		X			
35	Wurde die Behandlungsgeschichte erfasst?		X			
36	Wurde abgeklärt, ob funktionale		X			

dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[13] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
	Einschränkungen vorliegen?					
37	Wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst?		X			
38	Wurde abgeklärt, ob ein Substanzmissbrauch vorliegt?		X			
39	Wurde abgeklärt, ob eine Suizidalität vorliegt?		X			
40	Wurde die Therapiemotivation der Patientin/des Patienten abgeklärt?		X			
41	Wurde die Passung zwischen Patientin/Patient und Psychotherapeutin/Psycho therapeut abgeklärt?		X			
42	Wurde eine verfahrensspezifische weitere Diagnostik durchgeführt?		X			
43	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X		X	
44	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?		X		X	
45	Monat der Durchführung[14]		X			

[14] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
46	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?		X		X	
47	Monat der Durchführung[15]		X			
48	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X			
49	Wurde ein standardisiertes/strukturie rtes klinisches Interview durchgeführt?		X		X	
50	Monat der Durchführung[16]		X			
51	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturie rtes klinisches Interview durchgeführt?		X			
52	Wurden in der Anfangsphase der Behandlung patientenindividuelle Therapieziele vereinbart?		X		X	
53	Wurden die patientenindividuellen Therapieziele in der Patientenakte dokumentiert?		X			
54	Wurden die für diesen individuellen		X		X	

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

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

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
	Behandlungsfall relevanten Aspekte überprüft?					
55	Monat der Durchführung[17]		X			
56	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?		X		X	
57	Monat der Durchführung[18]		X			
58	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?		X		X	
59	Monat der Durchführung[19]		X			
60	Wurde ein, dem individuellen Behandlungsfall angemessenes, psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X		X	
61	Wurde ein standardisiertes Testverfahren durchgeführt?		X		X	
62	Monat der Durchführung[20]		X			
63	Wurde ein psychometrisches Testverfahren durchgeführt?		X		X	

[17] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[18] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[19] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[20] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
64	Monat der Durchführung[21]		X			
65	Aus welchem Grund wurde kein psychodiagnostisches Testverfahren durchgeführt?		X			
66	Wurde ein standardisiertes/strukturie rtes klinisches Interview durchgeführt?		X		X	
67	Monat der Durchführung[22]		X			
68	Aus welchem Grund wurde kein standardisiertes/strukturie rtes klinisches Interview durchgeführt?		X			
69	Waren für diese Patientin / diesen Patienten andere ärztliche oder nicht-ärztliche Leistungserbringer an der Behandlung beteiligt?		X		X	
70	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie hausärztlich versorgt?		X		X	
71	Erfolgte ein Austausch mit der Hausärztin / dem Hausarzt?		X		X	
72	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
73	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			

[21] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[22] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
74	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychoso matische Medizin und Psychotherapie/Nervenhei lkunde/Neurologie/Neurol ogie und Psychiatrie mitbehandelt?		X			
75	Erfolgte ein Austausch mit der Fachärztin / dem Facharzt?		X		X	
76	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
77	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			
78	Wurde die Patientin / der Patient unmittelbar vor, während oder unmittelbar nach der Psychotherapie in einer psychiatrischen/psychoso matischen Klinik, Tagesklinik oder Rehabilitationsklinik behandelt?		X		X	
79	Erfolgte ein Austausch mit der entsprechenden Klinik?		X		X	
80	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
81	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			
82	Bestand bei der Patientin / dem Patienten während		X		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
	der Psychotherapie eine durch eine andere Ärztin / einen anderen Arzt verordnete begleitende Medikation mit Psychopharmaka?					
83	Erfolgte ein Austausch mit der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt?		X		X	
84	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
85	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			
86	Hat die Patientin / der Patient während der Psychotherapie, aus psychotherapeutischer/psychiatrischer Indikation, begleitende nichtärztliche Therapien erhalten?		X		X	
87	Erfolgte ein Austausch mit den nichtärztlichen Mitbehandelnden?		X		X	
88	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
89	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			
90	Wurde die Patientin / der Patient während der Psychotherapie durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen mitbetreut?		X		X	
91	Erfolgte ein Austausch mit den sozialpsychiatrischen		X		X	

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
	bzw. psychosozialen Institutionen?					
92	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
93	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			
94	Erhielt die Patientin / der Patient während der Psychotherapie psychiatrische häusliche Krankenpflege entsprechend der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie?		X		X	
95	Erfolgte ein Austausch mit den Erbringern der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege?		X		X	
96	Wurde das Ergebnis dokumentiert?		X			
97	Aus welchem Grund fand kein Austausch statt?		X			
98	Wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf überprüft?		X		X	
99	Wurden die für diesen Behandlungsfall relevanten Aspekte überprüft?		X		X	
100	Monat der Durchführung[23]		X			
101	Wurde überprüft, ob die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden?		X		X	

[23] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
102	Monat der Durchführung[24]		X			
103	Wurden, sofern erforderlich, die patientenindividuellen Therapieziele angepasst?		X		X	
104	Monat der Durchführung[25]		X			
105	Aus welchem Grund wurde der patientenindividuelle Therapieverlauf nicht überprüft?		X			
106	Besteht im individuellen Behandlungsfall die Notwendigkeit anschließender Maßnahmen, um das Behandlungsergebnis abzusichern?		X		X	
107	Wurde die Erforderlichkeit einer weiteren Betreuung mittels eines psychotherapeutischen Gespräches geprüft?		X			
108	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Rezidivprophylaxe gemäß § 14 Abs. 2 ff. Psychotherapie-Richtlinie geprüft?		X	X		
109	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Weiterbehandlung durch		X			

[24] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

[25] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up-Infor matio n
	Fachärztinnen und Fachärzte geprüft?					
110	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch nichtärztliche Behandelnde geprüft?		X			
111	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Versorgung durch sozialpsychiatrische bzw. psychosoziale Institutionen geprüft?		X			
112	Wurde die Erforderlichkeit einer anschließenden Behandlung durch (teil-)stationäre Leistungserbringer geprüft?		X			
113	Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie		X	X		
114	Wurde eine Erhebung des Ergebnisses in den für die individuelle Behandlung relevanten Aspekten durchgeführt?		X		X	
115	Monat der Durchführung[26]		X			
116	Wurde eine Erhebung, inwieweit die patientenindividuellen Therapieziele erreicht wurden, durchgeführt?		X		X	

[26] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Falliden tifikatio n	Datenfeld er für die Indikator- oder Kennzahlb erechnung	Datenfe lder für die Basisaus wertung	Technische und anwendun gsbezogen e Gründe	Follo w-up- Infor matio n
117	Monat der Durchführung[27]		X			

[27] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Datum der Durchführung“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.

b) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer für die Patientenbefragung

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1*	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2*	Datensatz-ID [Basis][1]				X	
3*	Datensatz-ID (GUID) [Basis][2]				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 der Leistungserbringung	X			X	
10***	Betriebsstättennummer ambulant	X	X			

[1] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[2] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
11*	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
12*	GKV-Versichertenstatus[4]	X			X	
13*	Hat die Patientin/ der Patient im Rahmen der gesamten Behandlung an einer ambulanten Gruppentherapie teilgenommen?	X			X	
14*	Behandlung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	X			X	
15*	Therapiebeginn vor dem 1. September 2024[5]	X			X	
16**	Dauer der Therapie in Tagen[6]		X	X		

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „besondere Personengruppe“, „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[5] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Beginn dieser Richtlinientherapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Enddatum dieser Richtlinientherapie“ und „Beginn dieser Richtlinientherapie“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
17**	Enddatum dieser Richtlinientherapie	X	X	X		
18*	Quartal des Enddatums der Richtlinientherapie[7]	X			X	
19**	Geburtsjahr[8]			X		
20*	Der Patient war zu Beginn der Therapie mindestens 18 Jahre alt[9]	X			X	
21**	Welches psychotherapeutische Verfahren wurde angewendet? (GOP für die psychotherapeutische Sitzung und Pseudo-GOP für Therapieende)[10]		X	X		
22**	Diagnose(n)[11]		X	X		

[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Enddatum dieser Richtlinientherapie“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Beginn dieser Richtlinientherapie“ 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. Die Gebührenordnungspositionen werden für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, exportiert. Sie werden zudem für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, deren Therapie jedoch gemäß § 20 Absatz 5 Satz 3 nicht ins QS-Verfahren einbezogen wird (Beginn der Therapie vor dem 1. September 2024), exportiert.
[11] Bei diesem Datenfeld handelt es sich um ein Listenfeld, das die Dokumentation mehrerer Angaben ermöglicht. Jede Angabe wird separat exportiert. Die Diagnosen werden für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, exportiert. Sie werden zudem für Patientinnen und Patienten, die alle Einschlusskriterien erfüllen, deren Therapie jedoch gemäß § 20 Absatz 5 Satz 3 nicht ins QS-Verfahren einbezogen wird (Beginn der Therapie vor dem 1. September 2024), exportiert.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
23*	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
24*	Datensatz-ID[12]				X	
25*	Datensatz-ID (GUID)[13]				X	
26*	Versionsnummer				X	
27*	Wievielter optionaler Teildatensatz?				X	
28**	Ort der Leistungserbringung			X		
29****	Exportfeld Name der Einrichtung[14]				X	
30**	Geschlecht	X	X	X	X	
31****	Ersatzfeld Titel[15]				X	
32****	Ersatzfeld Vorsatzwort[16]				X	

[12] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[13] Die Datensatz-ID kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems. Sie wird bei der Patientenbefragung ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

[14] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Name der Einrichtung“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[15] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Titel“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Vorsatzwort“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
33****	Ersatzfeld Namenszusatz[17]				X	
34****	Ersatzfeld Nachname[18]				X	
35****	Ersatzfeld Vorname[19]				X	
36****	Ersatzfeld Adresszusatz[20]				X	
37****	Ersatzfeld Straße und Hausnummer[21]				X	
38****	Ersatzfeld Postleitzahl[22]				X	
39****	Ersatzfeld Wohnort[23]				X	
40****	Ersatzfeld Land[24]				X	
41*	Grund der Beendigung dieser	X			X	

[17] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Namenszusatz“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[18] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Nachname“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[19] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Vorname“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[20] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Adresszusatz“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[21] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Straße und Hausnummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[22] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Postleitzahl“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[23] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Wohnort“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[24] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Grund der Beendigung dieser Richtlinientherapie“ und „Land“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Richtlinientherapie					

* 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 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 Bundesauswertestelle 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.

**** 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.

Verfahren 20: Diagnostik und Therapie der Sepsis (QS Sepsis)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Verfahrens

(1) [1]Gegenstand des Verfahrens ist die Diagnostik und Therapie im stationären Sektor bei volljährigen Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. [2]Die einbezogenen Fälle werden nachfolgend als „Indexfälle“ bezeichnet.

(2) [1]Die Bezeichnung des Verfahrens ist „Diagnostik und Therapie der Sepsis“. [2]Das Verfahren wird nachfolgend „QS Sepsis“ genannt.

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

a) Einstufung des Sepsisrisikos
b) Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik
c) Infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis
d) Antiinfektive Therapie der Sepsis
e) Standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
f) Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis
g) Neu aufgetretenen Erkrankungen sowie Überleben der Patientinnen und Patienten

messen, vergleichend darstellen und, soweit es sich um Qualitätsindikatoren handelt, bewerten. [2]Die entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen sind in Anlage I aufgeführt. [3]Daraus ergeben sich insbesondere folgende Ziele des Verfahrens:

a) Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
b) Verbesserung des Erkennens mittels Screening und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis
c) Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
d) Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
e) Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen.

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

§ 2 Eckpunkte

(1) Das Verfahren dient der Beurteilung der stationär behandelten Indexfälle.

(2) Nicht berücksichtigt werden in diesem Verfahren Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die keine oder nur in Ausnahmefällen Sepsispatientinnen und Sepsispatienten behandeln, sowie palliativ versorgte Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Dieser Ausschluss betrifft Fachabteilungen sowie Standorte von Fachkrankenhäusern, die ihre Leistungen nach Anlage 2 der Vereinbarung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung) in der zuletzt am 12. Dezember 2024 geänderten Fassung mit einem der folgenden Fachabteilungsschlüssel dokumentieren:

1. 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
2. 0410 Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie

3. 0510 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
4. 0533 Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
5. 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
6. 0610 Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
7. 0710 Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
8. 0910 Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
9. 1000 Pädiatrie
   a) 1004 Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
   b) 1005 Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
   c) 1006 Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
   d) 1007 Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
   e) 1009 Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
   f) 1011 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
   g) 1012 Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
   h) 1014 Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
   i) 1028 Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
   j) 1050 Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
   k) 1051 Langzeitbereich Kinder
10. 1100 Kinderkardiologie
    a) 1136 Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
11. 1200 Neonatologie
12. 1300 Kinderchirurgie
13. 1410 Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
14. 1513 Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
15. 2700 Augenheilkunde
16. 2810 Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
17. 2900 Allgemeine Psychiatrie
    a) 2928 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
    b) 2930 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
    c) 2931 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
    d) 2950 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
    e) 2951 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

f) 2952 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
g) 2953 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
h) 2954 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
i) 2955 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
j) 2956 Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
k) 2960 Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
l) 2961 Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

18. 3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie
    a) 3060 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
    b) 3061 Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
19. 3100 Psychosomatik/Psychotherapie
    a) 3110 Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
    b) 3160 Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
    c) 3161 Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
20. 3200 Nuklearmedizin
    a) 3233 Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
21. 3300 Strahlenheilkunde
    a) 3305 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
    b) 3350 Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
22. 3610 Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
23. 3751 Radiologie
24. 3752 Palliativmedizin
25. 3753 Schmerztherapie
26. 3754 Heiltherapeutische Abteilung
27. 3756 Suchtmedizin
28. 3759 Schmerztherapie/Tagesklinik
29. 3760 Palliativmedizin Kinder

(3) [1]Es werden auch Kennzahlen verwendet, die assoziierte Folgeereignisse oder -zustände („Follow-up“) erfassen. [2]Dies sind neu aufgetretene Morbiditäten sowie die Sterblichkeit.

(4) [1]Das Verfahren wird länderbezogen durchgeführt. [2]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. [3]Die Darstellung von länderbezogenen Aus- und Bewertungen, in welcher Rückschlüsse auf die Identität der jeweiligen Krankenhäuser möglich sind, ist zu unterlassen und länderübergreifend auszuführen.

(5) [1]Das Verfahren wird bezogen auf ein Kalenderjahr (Erfassungsjahr) durchgeführt. [2]Maßgeblich für die Zuordnung zu dem Erfassungsjahr ist das Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus, auf die sich der Indexfall bezieht.

(6) [1]Sobald eine ausreichende Datenlage vorliegt, wird das Ausmaß des Verbesserungspotenzials empirisch abgeschätzt und bewertet. [2]Auf dieser Grundlage soll die Zielerreichung näher quantifiziert werden. [3]Zum 30. Juni 2031 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 2032 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

[1]Es werden in diesem Verfahren Daten mit Bezug zu den von diesen themenspezifischen Bestimmungen erfassten Indexfällen in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einbezogen. [2]Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. [3]Dies ist erforderlich, da Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer teilweise nur geringe Fallzahlen aufweisen und die durch den Follow-up-Indikator und die Follow-up-Kennzahlen erfassten Ereignisse sowohl hinsichtlich ihres Eintritts als auch des Ortes nicht vorhersehbar sind. [4]Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten erfolgen und die Folgeereignisse für alle Krankenhäuser aussagekräftig erfasst werden.

§ 4 Ergänzende pseudonymbezogene Vorgaben

Das Patientenpseudonym wird von der Bundesauswertungsstelle spätestens 60 Monate nach Ablauf des Erfassungsjahres, in dem der zugehörige Indexfall ausgelöst wurde, frühestens jedoch nach Abschluss der Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren, gelöscht.

§ 5 Festlegung der zu verarbeitenden Daten

(1) [1]Für das Verfahren werden Daten verarbeitet von

a) den Krankenhäusern und

b) den Krankenkassen.

[2]Die jeweiligen Daten sind in der Anlage II Buchstabe a, b und c festgelegt. [3]Die Daten gemäß Anlage II Buchstabe a und b beinhalten patientenidentifizierende Daten nach Teil 1 § 14 Absatz 2 der Richtlinie. [4]Die Datenerhebung bei den Krankenhäusern beginnt zum 1. Januar 2026. [5]Die Datenübermittlung durch die Krankenkassen nach § 16 Absatz 2 erfolgt erstmals ab dem Jahr 2026.

(2) [1]Zum 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. [2]Neben der EDV-technischen Spezifizierung der Daten sind auch die Ein- und Ausschlusskriterien und diesbezügliche Algorithmen zu spezifizieren. [3]Die 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. [4]Die einrichtungsbezogene Spezifikation wird grundsätzlich im letzten Plenum des dem jeweiligen Erfassungsjahr vorausgehenden Jahres beschlossen. [5]Die 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.

§ 6 Datenflussverfahren

[1]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. [2]Abweichend von Teil 1 § 13 Absatz 1 und der Anlage zu Teil 1 § 3 Absatz 3 Satz 4 der Richtlinie gilt, dass die einrichtungsbezogenen QS-Daten gemäß Anlage II Buchstabe c direkt von der Datenannahmestelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet 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 [Unbesetzt]

§ 9 Datengrundlage für Rückmeldeberichte und Auswertungen

[1]Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

a) Daten durch fallbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) der Krankenhäuser

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

c) Daten einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation für Krankenhäuser.

[2]Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte nach Teil 1 § 14a der Richtlinie. [3]Die Auswertungen und Berichte werden dem behandelnden Standort (Auswertungsstandort) zugeordnet. [4]Grundsätzlich sollen die Datenauswertungen und deren Weiterleitung frühestmöglich erfolgen. [5]Die Rückmeldeberichte an die Krankenhäuser sowie

die Auswertungen an die LAGen enthalten Daten aus unterschiedlichen Erfassungszeiträumen:

a) Auswertungen zu Indikatoren aus fallbezogener QS-Dokumentation des Vorjahres

b) Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage- und 365-Tage-Follow-up-Zeitraum auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen des Vor-Vorjahres

c) Auswertungen zu Indikatoren einer einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation des Vorjahres.

§ 10 Rückmeldeberichte nach Teil 1 § 18 der Richtlinie

(1) [1]Einen jährlichen Rückmeldebericht (Gesamtauswertung) sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, bei denen mindestens ein maßgeblicher Indexfall nach § 1 Absatz 1 Satz 2 aufgetreten ist. [2]Nur der jährliche Rückmeldebericht enthält Daten zur Auswertung der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation. [3]Die 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 Vollzähligkeit der übermittelten Daten

b) eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs

c) Auswertung der Indikatoren im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation

d) Auswertungen der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen sowie Auswertungen zu Follow-up-Indikatoren und –kennzahlen 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

e) die Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

f) Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse und Kennzahlergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

g) Auswertung der einzelnen Indikatoren und Kennzahlen je Krankenhaus im Vergleich mit den Vergleichsgruppen

h) Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators oder der jeweiligen Kennzahl nicht erreicht wird

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

(3) Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Qualitätssicherungsdaten gemäß Anlage II Buchstabe a und b 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) [1]Die LAGen erhalten einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. [2]Die 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 und –kennzahlen 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) die Auswertungen der einzelnen Kennzahlen zu den Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation

f) eine Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird für die Indikatoren, in denen ein bundeseinheitlich festgelegter Referenzbereich nicht eingehalten wird

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

§ 12 Bewertung der Auffälligkeiten

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

(2) Ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 Absatz 6 der Richtlinie ist in jedem Fall einzuleiten, wenn die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II Buchstabe c nicht fristgerecht übermittelt wurden.

§ 13 Datenvalidierung

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

§ 14 Fachkommissionen

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

a) drei Vertreterinnen oder Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser:
   - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
   - Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung in Infektiologie oder Fortbildung(en) in „antibiotic stewardship“
   - Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker gemäß Nummer 3.1 der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Bundesgesundheitsblatt 2023, Seite 322-351)

b) zwei Vertreterinnen oder Vertreter der Krankenkassen:
   - Fachärztin oder -arzt aus einem operativen Fachgebiet oder
     Fachärztin oder -arzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin.

[2]Dabei sollte mindestens eine Ärztin oder ein Arzt aus einem operativen Fach und eine Ärztin oder ein Arzt aus einem nicht-operativen Fach vertreten sein. [3]Ergänzend für die Beratungen kann eine Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie von der LAG benannt werden. [4]Bis zu zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Deutschen Pflegerates sollen ein Mitberatungsrecht erhalten. [5]Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht gemäß Teil 1 § 8a Absatz 5 der Richtlinie und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. [6]Im 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) [1]Die Krankenhäuser übermitteln die Daten des jeweils vorherigen Quartals bis zum 15. Mai (Quartal 1), 15. August (Quartal 2), 15. November (Quartal 3) und 28. Februar (Quartal 4) an die für sie zuständige Datenannahmestelle. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt wurden. [3]Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. [4]Die Konformitätserklärung und die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 der Richtlinie sind spätestens bis zum Ende der Korrekturfrist an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [5]Die Datenannahmestelle leitet die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich, spätestens bis zum 5. März mit einer Korrekturfrist bis zum 18. März an die Vertrauensstelle weiter. [6]Diese übermittelt die Daten an die Bundesauswertungsstelle weiter, sodass ihr bis zum 23. März alle Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [7]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) für das Erfassungsjahr hervorgeht, unverzüglich, spätestens bis zum 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

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

(3) [1]Die stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer übermitteln bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten gemäß Anlage II Buchstabe c an die entsprechenden Datenannahmestellen für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß Teil 1 § Absatz 1 der Richtlinie. [2]Mit der Datenlieferung zum 28. Februar ist sicherzustellen, dass die Daten für das gesamte Erfassungsjahr vollzählig und vollständig übermittelt werden. [3]Dem schließt sich eine Korrekturfrist bis zum 15. März an. [4]Die zuständigen Datenannahmestellen leiten die nach Teil 1 § 9 der Richtlinie geprüften Daten unverzüglich bis zum 15. März und bei Korrekturbedarf bis zum 23. März an die Bundesauswertungsstelle gemäß Teil 1 § 10 der Richtlinie weiter, sodass der Bundesauswertungsstelle bis zum 23. März alle einrichtungsbezogenen Daten zu dem betreffenden Erfassungsjahr vorliegen. [5]Die Aufstellung (Soll) nach Teil 1 § 15 Absatz 2 Satz 1 der Richtlinie einschließlich der Konformitätserklärung nach Teil 1 § 15 Absatz 3 Satz 1 der Richtlinie für die einrichtungsbezogene Dokumentation ist von Krankenhäusern spätestens bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die jeweilige Datenannahmestelle zu übermitteln. [6]Alle 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 31. März an die Bundesauswertungsstelle weiter.

§ 17 Fristen für Berichte

(1) [1]Die 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. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr, Auswertungen der Qualitätssicherungs-Dokumentation für Indexfälle aus dem Vorjahr sowie Auswertungen zu Follow-up-Ereignissen, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen.

(2) [1]Die für die Durchführung der Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Absatz 8 und 9 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. [2]Die LAG berichtet hierüber in dem Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie.

(3) [1]Die LAG übersendet der Bundesauswertungsstelle bis zum 15. März, erstmalig bis zum 15. März 2028, den Qualitätssicherungsergebnisbericht gemäß Teil 1 § 19 der Richtlinie, worin über alle Aktivitäten des Vorjahres berichtet wird. [2]Dabei ist sicherzustellen, dass alle von der

Bundesauswertungsstelle im Vorjahr übermittelten Auswertungen bearbeitet wurden und berichtet werden. [3]Die Spezifikation zur Form des Berichtsformats wird vom Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAGen empfohlen und dem G-BA zur Kenntnis vorgelegt.

(4) [1]Bis zum 15. August erstellt die Bundesauswertungsstelle den Bundesqualitätsbericht gemäß Teil 1 § 20 der Richtlinie. [2]Darin enthalten sind Auswertungen der einrichtungs- und fallbezogenen Qualitätssicherungs-Dokumentation aus dem Vorjahr und Auswertungen zu Indikatoren und Kennzahlen mit 60-Tage- und 365-Tage-Follow-up-Zeitraum, die sich auf Indexfälle des Vor-Vorjahres beziehen, sowie Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsergebnisberichten der LAGen.

§ 18 Fehlende Dokumentation der Datensätze

[1]Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2026 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. [2]Für das Erfassungsjahr 2026 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

§ 19 Übergangsregelung

(1) Für die Erfassungsjahre 2026 bis 2028 wird für das Qualitätssicherungsverfahren QS Sepsis eine Übergangsregelung vorgesehen.

(2) [1]Für den Zeitraum der Übergangsregelung gelten in Teil 1 § 17 Absatz 9 und 10 der Richtlinie nicht. [2]Werden im Zeitraum der Übergangsregelung 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 9 der Richtlinie empfohlen werden.

(3) Ergebnisse zu erhobenen Daten aus dem Erfassungsjahr 2026 werden nicht einrichtungsbezogen veröffentlicht.

(4) [1]Der Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung dient auch der Überprüfung auf Optimierungsbedarf nach Start des Verfahrens. [2]Ergänzend zu § 2 Absatz 6 hat das Institut nach § 137a SGB V im Zeitraum der Geltung der Übergangsregelung typische Fragestellungen bei der Einführung neuer Verfahren kritisch zu beobachten und den G-BA über festgestellte Auffälligkeiten mit Empfehlungen zur Überarbeitung des Verfahrens zu informieren. [3]Insbesondere ist das Konzept der Auslösung unter besonderer Berücksichtigung der auszuschließenden Fachabteilungen zu prüfen.

Anlage I: Indikatoren- und Kennzahlliste (QS Sepsis)

a) Fallbezogen und sozialdatenbasiert

Indikatorenliste

1	Screening mittels Messinstrumenten zur Risikoabschätzung
ID	602600
Beschreibung	Der Indikator erfasst Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen vor Diagnosestellung oder vor Diagnosebestätigung im Krankenhaus ein Screening mit einem standardisierten Messinstrument zur Risikoabschätzung durchgeführt wurde.
Qualitätsziel	Screening zur Risikoabschätzung mit einem standardisierten Messinstrument bereits bei Verdacht auf eine Infektion bei allen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
2	Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis
ID	602601
Beschreibung	Der Indikator erfasst Patientinnen und Patienten, bei denen vor Beginn der antibiotischen und/oder antimykotischen Therapie der Sepsis mindestens zwei Blutkulturen-Sets maximal zwei Tage vor oder einen Tag nach dem Tag der Sepsisdiagnose entnommen worden sind, für die ein Zeitpunkt des Laborergebnisses vorliegt.
Qualitätsziel	Entnahme von Blutkulturen vor Beginn der ersten antimikrobiellen Therapie der Sepsis bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit Sepsis
Indikatortyp	Prozessindikator
3	Krankenhaus-Letalität nach Sepsis
ID	602602
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb des stationären Aufenthaltes versterben
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Kennzahlenliste

1	Letalität nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602608

Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung verstorben sind.
Qualitätsziel	Möglichst geringer Anteil an Patientinnen und Patienten mit Sepsis, die innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung versterben
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
2	Neu aufgetretene Morbiditäten des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602609
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des Atmungssystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des Atmungssystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
3	Neu aufgetretene Morbiditäten der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602610
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität der Niere entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität der Niere nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
4	Neu aufgetretene Morbiditäten des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602611
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des kardiovaskulären Systems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des kardiovaskulären Systems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
5	Neu aufgetretene Morbiditäten des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602612
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Morbidität des

	zentralen Nervensystems entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Morbidität des zentralen Nervensystems nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
6	Neu aufgetretene Posttraumatische Belastungsstörung nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602613
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis eine Posttraumatische Belastungsstörung entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Posttraumatischen Belastungsstörung innerhalb von 365 Tagen nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer Sepsis
Art des Wertes	Transparenzkennzahl
7	Neu aufgetretene Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
ID	602614
Beschreibung	Die Kennzahl erfasst alle Patientinnen und Patienten mit Sepsis, bei denen innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung eine Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit entsprechend der Diagnoseliste kodiert worden ist.
Qualitätsziel	Möglichst seltenes Auftreten einer neu aufgetretenen Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit nach Sepsis innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung
Art des Wertes	Transparenzkennzahl

b) Einrichtungsbezogen

Indikatorenliste

1	Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheterassoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis im Krankenhaus
ID	602604
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte mit einem implementierten multimodalen Präventionsprogramm zu zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen, bestehend aus Audits zur Pflege von ZVK unter Leitung der Hygienefachkräfte und Schulungen.

Qualitätsziel	Durchführung eines multimodalen Präventionsprogramms von zentralvenösen Gefäßkatheter (ZVK)-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis in allen Krankenhäusern
Indikatortyp	Strukturqualität
2	Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team
ID	602605
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte mit einem in der Geschäftsordnung geregelten ABS-Programm, bestehend aus internen Leitlinien zur antiinfektiven Therapie und ABS-Visiten unter Leitung eines multidisziplinären ABS-Teams.
Qualitätsziel	In allen Krankenhäusern sollte die Steuerung der antiinfektiven Therapie der Sepsis mittels interner Therapieleitlinien unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship (ABS)-Team erfolgen
Indikatortyp	Strukturqualität
3	Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis
ID	602606
Beschreibung	Der Indikator erfasst alle Krankenhausstandorte, für die im gesamten Erfassungsjahr eine von der Geschäftsführung / dem Vorstand autorisierte SOP zur Risikoeinschätzung, Diagnostik und Therapie der Sepsis sowie Nachsorge galt.
Qualitätsziel	Vorliegen einer Arbeitsanweisung (SOP) zur Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie sowie Nachsorge der Sepsis
Indikatortyp	Strukturqualität
4	Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
ID	602607
Beschreibung	Der Indikator erfasst die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben.
Qualitätsziel	Anzahl dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Personen, die innerhalb des Erfassungsjahres an einer Schulung zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis teilgenommen haben
Indikatortyp	Strukturqualität

Anlage II: Erforderlichkeit der Daten (QS Sepsis)

Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke

a) Fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
1	Registriernummer des Dokumentationssystems (Länderkode + Registrierkode)				X	
2	Vorgangsnummer und Datensatz-ID[1]	X			X	
3	Vorgangsnummer (GUID) und Datensatz-ID (GUID)[2]	X			X	
4	Versionsnummer				X	
5	Stornierung eines Datensatzes (inkl. aller Teildatensätze)				X	
6	Modulbezeichnung				X	
7	Teildatensatz oder Bogen				X	

[1] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatz beziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

[2] Dieses Exportfeld dient einerseits der Reidentifikation von Patientinnen und Patienten im Sinne einer eindeutig generierten Vorgangsnummer. Für jeden Exportdatensatzbeziehungsweise Vorgang wird eine eigene Vorgangsnummer erzeugt. Werden zwei QS-Dokumentationen zu einem Leistungsfall angelegt, so werden auch unterschiedliche Vorgangsnummern vergeben. Die Vorgangsnummer ermöglicht ausschließlich den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Reidentifikation der Patientin oder des Patienten. Andererseits wird dieses Exportfeld als Datensatz-ID verwendet. Sie kennzeichnet in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems und wird für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen den am Datenfluss beteiligten Stellen verwendet.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
8	Dokumentationsabschlussdatum				X	
9	Ersatzfeld Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte[3]	X			X	
10	GKV-Versichertenstatus[4]	X			X	
11	eGK-Versichertennummer bei GKV-Versicherten[5]	X			X	
12	Institutionskennzeichen	X			X	
13	entlassender Standort 6-stellig[6]	X			X	
14	entlassende Fachabteilung	X		X		
15	Geburtsjahr[7]	X		X	X	
16	Geschlecht	X		X		
17	Quartal des Aufnahmetages[8]	X		X		
18	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren[9]	X		X	X	

[3] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[4] In der 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.
[5] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „eGK-Versichertennummer“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.
[6] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „entlassender Standort“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[7] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Geburtsdatum“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[8] In der Dokumentationssoftware wird über das Datenfeld „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[9] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Geburtsdatum“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
19	Quartal des Entlassungstages[10]	X		X		
20	Wochentag 1 - 7[11]	X		X		
21	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen[12]	X		X	X	
22	Entlassungsgrund	X		X		
23	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort in Tagen[13]		X	X	X	
24	Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort unbekannt		X	X	X	
25	Entlassungsdiagnose(n)[14]	X	X	X		
26	Operationen- und Prozedurenschlüssel[15]	X	X	X		
27	Anzahl der Beatmungsstunden	X		X		
28	Wurde am Krankenhausstandort ein Screening zur		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 wird über das Datenfeld „Entlassungsdatum Krankenhaus“ die notwendige Information erfasst, aus der dieses Exportfeld berechnet wird.
[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 werden über die Datenfelder „Datum der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort “ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ 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.
[15] 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	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Risikoabschätzung durchgeführt?					
29	Ist das Instrument, mit dem gescreent wurde, bekannt?		X	X	X	
30	Wurde mit dem Instrument „qSOFA“ gescreent?		X	X	X	
31	Wurde mit dem Instrument „NEWS2“ gescreent?		X	X	X	
32	Wurde mit einem anderen Instrument als qSOFA oder NEWS2 gescreent?		X	X	X	
33	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores in Tagen[16]		X	X		
34	Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores unbekannt		X	X	X	
35	Score (Punktwert) des ersten qSOFA		X		X	
36	Score (Punktwert) des ersten qSOFA unbekannt		X		X	
37	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten		X	X	X	

[16] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des qSOFA-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Bestimmung des NEWS2-Score in Tagen[17]					
38	Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores unbekannt		X	X	X	
39	Score (Punktwert) des ersten NEWS2		X		X	
40	Score (Punktwert) des ersten NEWS2 unbekannt		X			
41	Erfolgte am Krankenhausstandort die Bestimmung des SOFA?		X	X	X	
42	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores in Tagen[18]		X	X	X	
43	Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores unbekannt		X	X	X	
44	Score (Punktwert) des ersten SOFA		X			
45	Score (Punktwert) des ersten SOFA unbekannt		X		X	
46	Wurde die Patientin/der Patient aufgrund der Sepsisdiagnose am Krankenhausstandort		X	X	X	

[17] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des NEWS2-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[18] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten Bestimmung des SOFA-Scores“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	antibiotisch und/oder antimykotisch behandelt?					
47	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose in Tagen[19]		X	X	X	
48	Datum und/oder Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose unbekannt		X	X	X	
49	Wurden Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis am Krankenhausstandort abgenommen und mikrobiologisch analysiert?		X	X	X	
50	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des		X	X	X	

[19] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
	Erregers einer möglichen Sepsis in Tagen[20]					
51	Abstand zwischen der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose und Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis in Minuten[21]		X	X	X	
52	Datum und/oder Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis unbekannt		X	X	X	
53	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme		X		X	

[20] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[21] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“, „Uhrzeit der ersten antibiotischen oder antimykotischen therapeutischen Aktion aufgrund der Sepsisdiagnose“, „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ und „Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
54	Anzahl der abgenommenen Blutkulturen-Sets (bestehend mindestens aus aerober und anaerober Flasche) bei dieser Erstabnahme unbekannt		X		X	
55	War das Ergebnis dieser Erstabnahme positiv?		X	X	X	
56	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme in Tagen[22]		X	X		
57	Abstand zwischen Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis und Übermittlung des ersten Ergebnisses in Minuten[23]		X	X		
58	Datum und/oder Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme unbekannt		X	X	X	

[22] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Aufnahmedatum Krankenhaus“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

[23] In der Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Datum der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“, „Uhrzeit der Erstabnahme von Blutkulturen zur Identifizierung des Erregers einer möglichen Sepsis“, „Datum der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ und „Uhrzeit der Übermittlung des ersten Ergebnisses dieser Erstabnahme“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird.

Lfd. Nr.	Exportfeld (Bezeichnung)	1	2	3	4	5
		Daten für die Fallidentifikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung	Datenfelder für die Basisauswertung	Technische und anwendungsbezogene Gründe	Follow-up-Information
59	Wurde die Patientin/der Patient aus einem anderen Krankenhausstandort zuverlegt?		X	X		

b) Sozialdaten bei den Krankenkassen

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
Administrative Daten							
1	IKNR der Krankenkasse	Admin@kasseiknr	X			X	
2	Laufende Nummer zur Referenzierung des Datensatzes (Versicherten) zwischen QS- und PID-Datei	sequential_nr(Admin)@lfdnr				X	
3	Anzahl der Versicherten zum Tag der Lieferung	Admin@versichertenzahl				X	
4	Pseudonymisierte Dienstleisterkennung[1]	Admin@dienstleister				X	
§ 284 (Stammdaten)							
5	Geschlecht des Versicherten	Stamm@geschlecht	X	X	X		X
6	Geburtsjahr des Versicherten	Stamm@gebjahr	X		X		

[1] Es handelt sich hierbei um die Handelsregisternummer des jeweiligen von der Krankenkasse beauftragten Dienstleisters.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
7	Sterbedatum des Versicherten	Stamm@sterbedatum		X			X
8	Versichertennummer (Elektronische Gesundheitskarte)	Stamm@V	X	X			X
9	Stichtag des Versicherungsstatus je Quartal; Stichtag ist jeweils die Mitte des Quartals (Q1: 15.02.; Q2: 15.05.; Q3: 15.08.; Q4: 15.11.)[2]	Stamm@versicherungsdatum				X	
10	Ja-/Nein-Angabe zum Stichtag je Quartal	Stamm@versicherungsstatus			X	X	
§ 301 (Krankenhäuser)							
11	Angabe der Quelle des Datensatzes[3]	source(301)@quelle				X	

[2] Die Stichtage für die Angabe des Versicherungsstatus sind durch die Allgemeine Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgegeben.
[3] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
12	Art der Identifikationsnummer des Leistungs-erbringers (IKNR/BSNR)[4]	cp_type(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@art				X	
13	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[5]	state_key(301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
14	IK der behandelnden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
15	Standortnummer der entlassenden Einrichtung	301.Entlassungsanzeige.STA.Standortnummer@stdnummer	X			X	
16	Erster Aufnahmetag des Falles, an dem der Versicherte ins KH aufgenommen wird	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmetag@aufndatum	X	X			X

[4] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.
[5] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
17	Aufnahmegrund nach 4-stelligem Schlüssel (Voll-/teilstationäre Behandlung, Entbindung etc.)	301.Aufnahmesatz.AUF.Aufnahmegrund@aufngrund		X	X		X
18	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
19	Letzter (endgültiger) Entlassungsgrund nach 3-stelligem Schlüssel (Behandlungsende, Verlegung, Tod etc.)	301.Entlassungsanzeige.ETL.Entlassungs-/Verlegungsgrund@entlgrund		X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
20	Hauptdiagnose bei Entlassung/Verlegung, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Behand-lungsrelevante 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		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Information
21	Sekundäre Hauptdiagnose, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); Sekundärdia-gnosen 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		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Information
22	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		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
23	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		X
24	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
25	Tag der gelieferten OPS-Leistung (erst ab 2013 vorhanden)	301.Entlassungsanzeige.FAB.Operationstag@datum	X	X			X
26	Liste aller Fachabteilungen des Krankenhausfalles	301.Entlassungsanzeige.ETL.Fachabteilung@fachabteilung	X	X	X		
27	Beatmungsstunden	301. Entlassungsanzeige.DAU.Beatmungsstunden@beatmungsstunden	X	X	X		X
§ 301 (AMBO)							
28	Angabe der Quelle des Datensatzes[6]	source(kh_ambo)@quelle				X	
29	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[7]	cp_type(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@art				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 IKNR.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
30	Bundesland aus der IKNR des Krankenhauses (Stellen 3+4) bzw. aus Datenbestand der Kasse[8]	state_key(kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders)@bundesland			X	X	
31	IK der behandelnden Einrichtung	kh_ambo.Ambulante Operation.FKT.IK des Absenders@nummer	X	X			
32	Tag des Zugangs	kh_ambo.Ambulante Operation.REC.Tag des Zugangs@zugangsdatum	X	X			X
33	Liste der Behandlungsdiagnosen des Falles gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit vorhandener Sekundärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd	X	X	X		X

[8] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
34	Sicherheit der primären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
35	Liste der Sekundär-Diagnosen gemäß Spezifikation, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-'); immer gemeinsam mit zugehöriger Primärdiagnose zu liefern	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek	X	X	X		X
36	Sicherheit der sekundären Behandlungsdiagnose	kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnosesicherheit@sicherheit_sek		X	X		X
37	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation[9]	ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm	X	X	X		X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
38	Datum der Leistung (OP/Behandlung); falls nicht angegeben, ZUGANGSDATUM eintragen	kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum	X	X			X
39	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation (OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung)	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops	X	X	X		X
40	Datum der Prozedur	kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedurentag @datum	X	X		X	X
§ 295 (kollektivvertraglich)							
41	Angabe der Quelle des Datensatzes[10]	source(295k)@quelle				X	
42	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) [11]	cp_type(295k.INL.1/1.2)@art				X	

[10] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[11] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
43	KV-Region der Praxis aus 1. und 2. Stelle der BSNR[12]	kv_key(295k.INL.1/1.2)@kvregion			X	X	
44	BSNR des Sitzes des behandelnden Arztes	295k.INL.1/1.2@nummer	X	X			
45	Erstes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.1@beginndatum	X	X			
46	Letztes Behandlungsdatum im Quartal	295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum	X	X			
47	Liste der Diagnosen gemäß Spezifikation, codiert nach aktuell gültiger ICD, mit Punkt und Suffix ('+', '*', '#', '!', '.-')	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd	X	X	X		X
48	Sicherheit der Diagnose (G, V, A, Z)	295k.DIA.Diagnose.4/4.2.2@sicherheit		X	X		X

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

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
49	Liste der Gebührenordnungs-Nr. nach EBM-Katalog gemäß Spezifikation	295k.LED.5/5.3.1@ebm	X	X	X		X
50	Datum der GO-Nr. ACHTUNG: Falls nicht gefüllt, Datum aus vorhergehender GO-Nr. beziehen!	295k.LED.5/5.3.2@datum	X	X			X
51	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation; OPS-Schlüssel der durchgeführten Leistung	295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops	X	X	X		X
52	Art der Inanspruchnahme des Falles	295k.INF.2/2.3.1@inanspruchnahme	X		X		
§ 39a (Hospiz)							
53	Angabe der Quelle des	Source(39a)@quelle				X	

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1	2	3	4	5
			Daten für die Fallidenti-fikation	Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	Datenfelder für die Basis-auswertung	Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	Follow-up-Information
	Datensatzes[13]						
54	Aufnahmedatum / Leistungsbeginn Hospiz	39a.SLLA:O.ERS.Datum Beginn der Leistungserbringung@aufndatum	X	X			X
§ 295 (selektivvertraglich)							
55	Angabe der Quelle des Datensatzes[14]	source(295s)@quelle				X	
56	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR)[15]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer)@art				X	
57	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	
58	BSNR der Praxis	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBH.2/2.3 Betriebsstättennummer@nummer	X	X			X

[13] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[14] Die Quelle des Datensatzes ergibt sich aus der Datenlieferung der Leistungserbringer an die Krankenkassen.
[15] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der BSNR. Sie ist für die korrekte LE-Pseudonymisierung erforderlich.
[16] Die KV-Region ergibt sich aus der BSNR der Einrichtung. Diese Information wird im Rahmen der LE-Pseudonymisierung benötigt.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
59	Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers (IKNR/BSNR) [17]	cp_type(295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers)@art				X	
60	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	
61	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.IBL.3/3.2 Institutionskennzeichen des Leistungserbringers@nummer	X	X			X
62	Erster Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.1 Erster Tag des Abrechnungszeitraums@beginndatum	X				

[17] Die Art der Identifikationsnummer ergibt sich aus der IKNR.
[18] Das Bundesland ergibt sich aus der IKNR der Einrichtung.

Lfd. Nr.	Beschreibung	Technische Kennung (Spezifikation Sozialdaten bei den Krankenkassen)	1 Daten für die Fallidenti-fikation	2 Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahl-berechnung	3 Datenfelder für die Basis-auswertung	4 Technische und anwen-dungsbe-zogene Gründe	5 Follow-up-Information
63	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.12/12.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@enddatum	X				
64	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				
65	Sicherheit der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.2 Diagnosesicherheit@sicherheit		X	X		X
66	Datum der Diagnose	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.4 Diagnosedatum@datum	X	X			X
67	Liste der Prozeduren eines Falles gemäß Spezifikation	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops	X	X	X		X
68	Datum der Prozedur	295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.3 OPS-Datum@datum	X	X		X	X

c) Einrichtungsbezogene Qualitätssicherungs-Dokumentation *[unbesetzt]*